Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/recueildesquesti02pari

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 19**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Omoplate.** |
| II. | — . . . | **Creux axillaires.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Complications des fractures.** |
| II. | — . . . | **Symptômes et diagnostic des luxations de l'épaule.** |
| III. | — . . . | **Symptômes, diagnostic et complications de la coqueluche.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

4161

BOSTON MEDICAL
FEB 17 1904
LIBRARY

BOSTON MEDICAL
FEB 17 1904
LIBRARY

# OMOPLATE

**Définition.**

L'omoplate est l'os qui forme la partie postérieure de la ceinture thoracique dont le segment antérieur est formé par la clavicule.

**Situation.**

Accolé à la partie postérieure du thorax, dans l'espace qui s'étend entre le premier espace intercostal en haut et le bord inférieur de la septième côte en bas. Complètement entouré par les muscles, il est sur le vivant maintenu en place par eux et par les ligaments qui l'unissent à la clavicule.

**Forme.**

Aplati, triangulaire.

Deux faces :

L'une antérieure, l'autre postérieure.

Trois bords :

L'un supérieur.
L'autre externe ou axillaire.
Le troisième interne ou spinal.

Trois angles :

Supérieur et interne.
Supérieur et externe.
Inférieur ou angle de l'omoplate.

**Description.**

Faces.

*Face antérieure.*

Triangulaire, plane, légèrement excavée et, grâce à cette excavation, se rapprochant de la

forme d'un angle dièdre ayant une face regardant en avant et en bas ; une seconde face regardant en avant et un angle à l'union de ces deux faces ; formé par l'attraction en arrière de la lame osseuse par une forte apophyse qui sera étudiée à la face dorsale : *l'épine de l'omoplate.*

Cette face : *fosse sous-scapulaire* est parcourue par des crêtes osseuses, se dirigeant du bord interne vers l'angle supéro-externe. Elles donnent insertion aux lamelles aponévrotiques du muscle sous-scapulaire. Tandis que les surfaces osseuses comprises entre elles donnent insertion aux fibres charnues du muscle.

Près du bord externe, la face antérieure est parcourue par un renflement osseux, puis plus en dehors par une gouttière que Poirier décrit comme faisant partie de la face antérieure, et que l'on décrivait autrefois comme faisant partie du bord externe de l'os. Renflement et gouttière donnent, comme le reste de la face, insertion au muscle sous-scapulaire.

Près du bord spinal ou interne de l'os, ligne rugueuse s'étalant en haut et en bas en deux petites surfaces triangulaires et donnant insertion au muscle grand dentelé.

*Face postérieure.*

A l'union de son tiers supérieur et de ses deux-tiers inférieurs, une forte lame s'en détache transversalement et se dirige en arrière ; c'est *l'épine de l'omoplate* qui présente une face supérieure et une face inférieure.

Le tiers supérieur de la face postérieure de l'omoplate délimite avec la face supérieure de l'épine un angle dièdre dit *fosse sus-épineuse.*

*Insertion :* Muscle sus-épineux.

Les deux-tiers inférieurs de la face postérieure de l'os avec la face inférieure de l'épine délimitent un angle dièdre : *fosse sous-épineuse.*

*Insertion :* Muscle sous-épineux dont les lames aponévrotiques déterminent le soulèvement de crêtes analogues à celles existant à la fosse sous-scapulaire.

*L'épine* de l'omoplate a une forme triangulaire.

α) *Deux faces.*

Face supérieure.
Face inférieure.
Déjà décrites.

β) *Trois bords.*

*Bord antérieur,* adhérant à la lame osseuse de l'omoplate.

*Bord postérieur,* renflé, forme une crête en dos d'âne, donnant insertion :

— Par la lèvre supérieure au muscle trapèze.

— Par la lèvre inférieure au muscle deltoïde.

Présente un tubercule : *tubercule du trapèze* au point d'insertion des plus fortes fibres de ce muscle.

*Bord externe.*

Concave, voisin de l'angle externe de l'os et de l'articulation de l'épaule. Se continue avec la face profonde de l'acromion.

γ) *Trois angles.*

*Angle interne.*

Au niveau duquel l'épine cesse de faire saillie et vient se confondre avec la face postérieure de l'omoplate au voisinage du bord spinal de l'os, par une surface triangulaire plane sur laquelle glissent les fibres inférieures du trapèze avant de gagner leur insertion.

*Angle externe et antérieur.*

Adhérent à la face postérieure au voisinage de l'angle externe de l'os et de la cavité glénoïde.

*Angle externe et postérieur.*

Se prolonge par une nouvelle portion osseuse, triangulaire, que l'on pourrait considérer comme due à la torsion de l'épine : *acromion.*

Présente :

a) *Deux faces.*

— Face inférieure, regardant la cavité glénoïde et l'articulation de l'épaule, lisse et plane.

— Face supérieure et cutanée, rugueuse, recouverte seulement par la peau.

b) *Trois bords.*

*Bord interne.* — Continuant le versant trapézien de l'épine et donnant également insertion à des fibres du trapèze.

*Bord postérieur.* — Se continuant avec :

*Bord externe.* — Ils donnent tous les deux insertion au muscle deltoïde.

c) *Trois angles.*

*Angle interne.* — Se continuant avec l'épine.

*Angle antérieur ou sommet.* — A l'union du bord interne et du bord externe.

Facette d'articulation avec la clavicule regardant en dedans et en haut.

*Angle postérieur ou angle de l'acromion.* — A l'union des bords postérieur et externe; insertion des fibres deltoïdiennes.

Près du bord axillaire de l'os, la face postérieure présente une gouttière, puis une ligne renflée décrite autrefois comme faisant partie du bord externe et considérée aujourd'hui comme faisant partie de la face postérieure.

— Gouttière donne insertion au muscle sous-épineux.

— Surface renflée se divise en :

*a*) Surface triangulaire, supérieure :

*Insertion.*

— Muscle petit rond.

*Sillon.*

— Branche de l'artère scapulaire inférieure.

*b*) Surface quadrilatère inférieure.

*Insertion.*

— Muscle grand rond. Séparées l'une de l'autre par une crête.

Bords.

*Bord supérieur.*

Mince, tranchant.

*Echancrure coracoïdienne.*

Comblée à l'état frais par le ligament coracoïdien, donne passage au nerf sus-scapulaire.

*Insertion.*

En dedans : muscle angulaire.

Au voisinage de l'échancrure : muscle omoplato-hyoïdien.

*Bord interne ou spinal.*

Mince, non rectiligne, mais formant un angle ouvert en dehors et dont le sommet correspond à l'angle interne de l'épine.

*Insertion.*

— Muscle rhomboïde.

*Bord externe ou axillaire.*

Formé par une mince crête intermédiaire aux deux renflements osseux, décrits comme parallèles à ce bord sur les faces antérieure et postérieure.

*Insertion.*

Tout à fait à la partie supérieure, longue portion du muscle triceps brachial.

ANGLES.

*Angle supérieur et interne.*

Voisin de l'angle droit.

*Insertion.*

Muscle angulaire.

*Angle inférieur.*

Répond à la septième côte ou au septième espace intercostal.

*Insertion.*

Anormalement faisceau du grand dorsal.

*Angle supérieur et externe ou articulaire.*

*Cavité glénoïde.*

Recevant la tête humérale.

— Piriforme ou ovalaire à petite extrémité supérieure.

— Regarde en avant, en dehors et en haut.

— Immédiatement au-dessus :

*Insertion* : Longue portion du biceps.

— Reliée au reste de l'omoplate par une partie osseuse très résistante mais plus étroite-*col de l'omoplate.*

*Apophyse coracoïde.*

Surmontant la cavité glénoïde et s'implantant en dedans de cette cavité sur la partie tout à fait externe du bord supérieur de l'os.

Composée de deux segments :

1. *Segment vertical.*

Avec une face antérieure, une face postérieure ; lisses toutes deux.

2. *Segment horizontal.*

Irrégulier, avec

*Face supérieure.*

*Insertion.*

Ligament conoïde.
Ligament trapézoïde.

*Face inférieure.*

— Regardant l'articulation scapulo-humérale.
— Lisse.

*Bord antérieur.*

*Insertion.*

— Muscle petit pectoral.
— Muscle coraco-huméral.

*Bord postérieur.*

*Insertion.*

— Ligament acromio-coracoïdien.

*Sommet.*

*Insertion.*

— Courte portion du biceps.

**Ossification.**

Un point principal formant la majorité du corps de l'os.
Points principaux :

3. Apophyse coracoïde.
2. Cavité glénoïde.
1. Acromion.
1. Bord spinal.
1. Angle inférieur,

---

# CREUX AXILLAIRE

## Définition.

Le creux axillaire constitue une région située au-dessous de l'articulation de l'humérus avec l'omoplate, c'est-à-dire au point d'union du membre supérieur avec la paroi thoracique.

## Forme.

Quand le bras pend verticalement le long du tronc, l'espace a une largeur très faible, c'est une véritable fente creusée dans le sens antéro-postérieur.

Quand le bras est dans la position nécessaire pour l'étude, c'est-à-dire dans l'abduction à angle droit, cette région a la forme d'une pyramide quadrangulaire à base inférieure et à sommet supérieur.

## Description.

Contenant : Parois de la pyramide.

On distingue : quatre faces latérales, antérieure, postérieure, interne, externe.

Une base inférieure répondant à la peau de l'aisselle.

Un sommet supérieur répondant au point où cette région communique avec la région voisine : creux sus-claviculaire.

*Paroi antérieure.*

Formée en allant de la superficie vers la profondeur par :

α) Peau.

β Tissu cellulaire sous-cutané avec les

fibres terminales les plus inférieures du muscle peaucier cervical.

γ) *Muscle grand pectoral.* — Ce muscle de son insertion sterno-claviculaire va vers son insertion humérale en occupant entièrement la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

Le bord inférieur du muscle fait sous la peau de l'aisselle, quand on met le bras dans l'abduction, une corde tendue, mince et tranchante.

Le bord supérieur est en rapport avec le bord antérieur du deltoïde dont il est séparé par un interstice cellulaire où chemine la veine céphalique.

δ) *Aponévrose du grand pectoral.* — Cette aponévrose entoure complètement le grand pectoral; revêt sa face antérieure, arrive au niveau de son bord inférieur et remonte sur la face postérieure du muscle, vers le sommet du creux axillaire.

D'après les auteurs classiques, cette aponévrose, arrivée au niveau du bord inférieur du grand pectoral, se dédoublerait : un feuillet suivrait le trajet précédent vers la face postérieure du grand pectoral, l'autre feuillet serait tendu horizontalement jusqu'au bord inférieur du muscle grand dorsal en arrière et tapisserait ainsi la base du creux de l'aisselle. Ce dédoublement est nié aujourd'hui.

ε) *Tissu cellulaire.* — Où cheminent les rameaux de l'artère thoracique inférieure allant au grand pectoral par sa face profonde, — et les rameaux nerveux allant au grand pectoral et venant du plexus brachial.

ζ) *Muscle petit pectoral.* — Qui, allant de son insertion costale vers son inser-

tion coracoïdienne, forme le plan profond de cette paroi antérieure. Par son bord supérieur, ce muscle est en rapport avec la clavicule ; entre les deux est le triangle clavi-pectoral.

η) *Aponévrose du muscle petit pectoral.* — Cette aponévrose a une disposition absolument spéciale. Elle est dite aussi aponévrose clavi-coraco-axillaire. Elle part de la clavicule où elle s'insère sur la lèvre antérieure et sur la lèvre postérieure de la gouttière logeant, à la face inférieure de cet os, le muscle sous-clavier. Cette aponévrose a donc deux feuillets, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui tapissent l'un en avant, l'autre en arrière le muscle sous-clavier ; au niveau du bord inférieur du muscle, ces deux feuillets se reconstituent. L'aponévrose traverse en un seul feuillet le triangle clavi-pectoral ; arrive au bord supérieur du muscle petit pectoral où elle se divise également en deux feuillets, l'un antérieur, l'autre postérieur, pour engaîner ce muscle.

Au niveau du bord inférieur du muscle petit pectoral, l'aponévrose se reconstitue. Et alors sa direction a donné lieu à de nombreuses controverses.

Pour les uns (Gerdy), cette aponévrose continue son chemin traversant le creux axillaire et allant se fixer à la peau de la base. Aussi l'a-t-on appelée *ligament suspenseur de l'aisselle.*

Pour d'autres (Langer), l'aponévrose traverse également le creux axillaire, mais une fois arrivée au niveau de la base se termine par une ligne courbe et concave en dehors qui se prolonge en avant et en arrière par deux piliers qui

vont au-devant de l'aponévrose du bras. Cet arc aponévrotique a reçu le nom d'*achselbogen*.

θ) Tout à fait en dehors : muscle coraco-brachial.

*Paroi postérieure.*

De la superficie vers la profondeur :

α) Peau.

β) Tissu cellulaire.

γ) Deltoïde, trapèze.

δ) Muscle sus-épineux, sous-épineux, petit rond, grand rond, grand dorsal, tendon de la longue portion du triceps brachial.

ε) Omoplate.

ρ) Muscle sous-scapulaire, tapissant toute la fosse sous-scapulaire de l'omoplate et allant gagner son insertion humérale sur la petite tubérosité de l'humérus.

*Paroi interne.*

Formée par :

α) Le gril costal et entre chaque côte par les muscles intercostaux.

β) Muscle grand dentelé recouvrant la face externe du gril costal.

γ) A la surface du grand dentelé :

— Artère thoracique longue.

— Nerf du grand dentelé.

— Chaîne de ganglions lymphatiques.

*Paroi externe.*

Formée dans la région moyenne par :

α) Face interne de l'humérus.

β) Tendons du grand rond et du grand dorsal, allant vers leur insertion humérale.

*Plus haut*, la paroi externe est formée par la tête humérale revêtue de la capsule scapulo-humérale.

En bas, la paroi externe est formée par l'aponévrose du bras qui, une fois arrivée au creux de l'aisselle entre les tendons du grand pectoral en avant et du grand dorsal en arrière, se termine par une ligne courbe, concave en dedans ; l'*armbogen* (de Langer), regardant la concavité tournée vers elle de l'*achselbogen* et donnant par ses extrémités deux prolongements ou piliers allant s'unir aux piliers de l'*achselbogen.*

*Base.*

Formée par la peau, fine, recouverte de poils, élastique.

Au-dessous de la peau, existe-t-il une aponévrose ? Des discussions nombreuses ont eu lieu à ce sujet. Les classiques y reconnaissent l'existence d'une aponévrose épaisse et résistante ; aujourd'hui, à la suite des travaux de Langer, on considère cette base comme correspondant à l'espace situé entre l'armbogen et l'achselbogen ; cet espace est circulaire.

Il n'y existe pas d'aponévrose, simplement un mince feuillet celluleux provenant de la prolongation de l'aponévrose brachiale, et, par cet espace circulaire, on arrive directement sur le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle.

*Sommet.*

Correspond à l'orifice par lequel le creux axillaire communique avec le creux sus-claviculaire, c'est là où passe le paquet vasculo-nerveux.

Cet orifice est triangulaire et est limité par :

*En avant.*

— Clavicule doublée du muscle sous-clavier.

*En bas et en dedans.*

— Première côte.

*En arrière.*

— Face antérieure de l'apophyse coracoïde.

**Contenu.**

*A.* Artère axillaire.

*Origine.*

Fait suite à l'artère sous-clavière à partir du milieu de la face postérieure de la clavicule.

*Terminaison.*

Au niveau du bord inférieur du tendon du grand pectoral où elle est continuée par l'artère humérale.

*Trajet.*

En bas, en avant et en dehors. Artère suit la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

*Branches collatérales.*

a) *Artère thoracique supérieure.*

Naît au niveau du bord inférieur du muscle sous-clavier ; se distribue aux muscles pectoraux.

b) *Artère acromio-thoracique.*

Naît un peu au-dessous du bord supérieur du petit pectoral ; perfore l'aponévrose clavi-pectorale.

Se distribue aux muscles pectoraux et au deltoïde.

c) *Artère thoracique longue.*

Se porte en bas et en dedans sur la paroi interne de l'aisselle et y descend en suivant le bord antérieur du muscle grand dentelé.

d) *Artère scapulaire inférieure.*

Se dirige en bas, en arrière et en dedans, suit le bord axillaire du muscle sous-scapulaire.

e) *Artère circonflexe postérieure.*

Naît au niveau du bord supérieur du grand rond, passe dans le triangle quadrilatère limité par le tendon de la longue portion du triceps en dedans, l'humérus en dehors, le petit rond en haut, le grand rond en bas.

Contourne le col chirurgical de l'humérus et se termine dans le deltoïde.

f) *Artère circonflexe antérieure.*

Contourne la partie antérieure du tendon du col chirurgical.

Se termine dans le deltoïde et le coraco-brachial.

*B.* Veine axillaire.

*Origine.*

Bord inférieur du grand pectoral.

*Terminaison.*

Sommet de l'aisselle où elle devient, par passage sous la clavicule, la veine sous-clavière.

*Rapports avec l'artère axillaire.*

En haut près de la clavicule, veine est située en avant et en dedans de l'artère.

En bas, près du bras, veine est située franchement en dedans de l'artère et séparée d'elle par la branche interne d'origine du médian et le nerf cubital.

*C.* Plexus brachial.

Constitué beaucoup plus haut par l'anastomose entre elles des quatre dernières branches cervicales et de la première paire dorsale.

Arrive dans le creux de l'aisselle, présentant un fort

tronc postérieur, origine du nerf radial et du nerf circonflexe.

— Deux troncs antérieurs qui convergent l'un vers l'autre, ce sont les racines internes et externes du nerf médian. De la racine externe naît en même temps le nerf musculo-cutané. De la racine interne le nerf cubital et le nerf brachial cutané interne.

*Rapports du plexus avec l'artère axillaire.*

L'artère est située au milieu des cordons du plexus. En dedans, c'est la racine interne du médian et le nerf cubital. En dehors, la racine externe du médian et le nerf musculo-cutané. En arrière, l'origine du nerf radial et du nerf circonflexe.

*Rapports avec la veine axillaire.*

La veine axillaire est séparée de l'artère qui est plus externe par la racine interne du médian et l'origine du nerf cubital.

*Branches collatérales traversant le creux axillaire.*

*a*) Branche du muscle sous-clavier.

*b*) Branche du grand dentelé appliquée à la paroi interne de l'aisselle.

*c*) Branches du sous-scapulaire.

*d*) Branche accessoire du nerf brachial cutané interne.

*e*) Branche du grand dorsal.

*f*) Branche du grand rond.

*D.* Filets anastomotiques des deux premiers nerfs intercostaux avec le nerf brachial cutané interne.

*E.* Vaisseaux et ganglions lymphatiques.

L'aisselle est le point où convergent les lymphatiques venant du bras, de la région antéro-latérale du thorax et de la région épigastrique, et de la région postéro-latérale du thorax.

Les ganglions forment trois groupes :

*Groupe antérieur.*

Parallèle au bord intérieur du grand pec-

toral et appliqué contre la paroi interne du thorax.

Reçoit les lymphatiques du sein, de la région épigastrique et de la partie antéro-latérale du thorax.

*Groupe postérieur.*

Parallèle au bord axillaire du sous-scapulaire, reçoit les lymphatiques de la région postéro-latérale du thorax.

*Groupe externe.*

Le long de l'artère axillaire au voisinage du bras. Reçoit les lymphatiques du bras.

---

# COMPLICATIONS DES FRACTURES

1. Donner la définition classique de Follin :

« Une fracture est compliquée toutes les fois qu'elle s'accompagne d'accidents généraux ou de désordres locaux de nature à aggraver la lésion principale, à à retarder ou à compromettre la consolidation, à nécessiter un traitement spécial. »

2. Dire qu'on distingue cependant les fractures ouvertes, fractures dites compliquées, des complications ordinaires. D'après l'usage, l'exposition à l'air libre du foyer de la fracture n'est pas considérée comme une complication. Cependant les fractures compliquées peuvent présenter des complications qui leur sont communes avec les fractures fermées, et en plus des complications spéciales.

D'où la nécessité de distinguer ici :

a) *Complications communes à toutes les fractures.*

b) *Complications propres aux fractures ouvertes.*

3. Et enfin, cette première division de la question admise, indiquer l'utilité de classer les complications en :

a) *Locales.*

b) *Générales.*

c) *Consécutives.*

## Complications communes à toutes les fractures.

1. Complications locales.

Les plus fréquentes et les plus importantes sont la contusion, les épanchements sanguins, les hémorrhagies et anévrysmes, la multiplicité des fragments, les esquilles et la gangrène.

On peut admettre, pour donner plus de clarté, la division indiquée par Rieffel.

a) *Complications par exagération d'un symptôme normal.*

— *Spasmes musculaires.*

Normalement et particulièrement dans les fractures de jambe, ils existent au début. Dans quelques cas, lorsque la contention aura été mal faite, lorsqu'un fragment osseux irritera un muscle ou comprimera un nerf parfois sans cause appréciable, surtout chez les alcooliques et les nerveux, ces spasmes constitueront par leur intensité une complication sérieuse en amenant des souffrances intolérables et en rendant difficile le maintien de la réduction.

Ils surviennent surtout la nuit, et à la fin de la première semaine.

b) *Complications par exagération d'une lésion normale.*

1. *Contusion.*

Accident fréquent, constant dans les fractures de cause directe ; elle n'est dangereuse que si elle compromet la vitalité de la peau et des tissus sous-jacents. La mortification peut survenir et la chute de l'eschare tranformera la fracture fermée en fracture ouverte.

Dans d'autres cas, la contusion est violente, la peau a résisté, mais l'os est broyé, les vaisseaux dilacérés, etc. On mettra le membre dans une gouttière ouatée, ou mieux dans un scultet et on attendra, prêt à amputer, si la mortification du membre survient.

2. *Épanchement sanguin.*

L'extravasation sanguine normale peut être plus abondante (indice de ruptures musculaires étendues en général). Du sang se collecte, formant une tumeur

dure, profonde ou superficielle. Elle favorisera la suppuration du foyer; auquel cas il faudra inciser largement et évacuer. Sinon la compression simple et au besoin la ponction aspiratrice en auront raison.

3. *Multiplicité des fragments et esquilles.*

La multiplicité des fragments augmente la difficulté de la réduction et de la contention et expose à un cal difforme et tardif.

Quant aux esquilles (fragments osseux de petit volume), elles sont de trois sortes (Dupuytren).

a) *Primitives.*

Les enlever aussitôt si la fracture est ouverte.

b) *Secondaires.*

Eclats se détachant consécutivement.

c) *Tertiaires.*

Par nécrose (séquestres, suite d'ostéite).

4. *Inflammation du foyer du traumatisme.*

Phénomène toujours grave, et fréquent dans les fractures ouvertes, d'où le pronostic réservé de ces dernières.

c) *Complications par lésion surajoutée.*

1. *Lésions vasculaires, hémorrhagies, anévrysmes diffus.*

Les dangers de l'hémorrhagie varient bien entendu avec le vaisseau lésé.

Les blessures veineuses ne sont graves que si une grosse veine (fémorale) est blessée, ou par la phlébite consécutive.

Quant aux plaies artérielles, fréquentes surtout dans le cas de fractures ouvertes

(projectiles), tantôt lorsqu'il y aura plaie, le sang s'écoulera au dehors et nécessitera par l'abondance de son écoulement une intervention immédiate, tantôt il filera dans le tissu cellulaire et formera un anévrysme diffus.

Dans ce cas on aura une tuméfaction diffuse, animée de battements douloureux, et donnant lieu parfois à un souffle.

Cette poche sanguine pourra s'ouvrir spontanément ou être prise pour un abcès et incisée.

Lorsqu'il y aura anévrysme diffus et que la compression n'aura pas amené d'amélioration, il faudra, s'aidant de la bande d'Esmarch, inciser la tumeur et lier dans la plaie les deux bouts de l'artère.

2. *Lésions nerveuses.*

Dilacération ou compression d'un nerf ; d'où troubles variés de sensibitité et de motricité.

Parfois un gros tronc nerveux (radial) peut être pincé entre deux fragments.

3. *Compression vasculaire et gangrène.*

Diverses variétés.

*a*) Gangrène circonscrite au niveau du foyer de fracture.

*b*) Gangrène occupant le segment du membre sous-jacent ; due à une lésion, ou à la compression des vaisseaux principaux (esquilles, thromboses, etc.).

*c*) Gangrènes imputables aux appareils (compression trop serrée).

4. *Thromboses et embolies.*

Fréquentes dans les fractures fermées de jambe, se faisant rarement par phlébite d'origine inflammatoire voisine,

mais surtout par lésion mécanique veineuse.

Leur existence est décélée par des douleurs vagues et la tuméfaction adémateuse du membre (œdème dur n'apparaissant guère que vers le quinzième jour).

L'existence de thromboses explique la production d'embolies, parfois fort tardives, amenant la mort brusque par embolie pulmonaire, ou plus lente (gangrène, broncho-pneumonies).

5. *Embolies graisseuses.*

Proviennent surtout des éléments adipeux de la moelle osseuse, pénétrant par les veinules rompues au moment du traumatisme. Elles amènent principalement des troubles respiratoires (dyspnée, expectoration muco-sanguinolente), des troubles cérébraux et parfois la présence de graisse dans les urines.

6. *Emphysème.*

Tantôt emphysème primitif (air épanché dans le tissu cellulaire) débutant au voisinage de la plaie ; tantôt emphysème produit par les gaz de la gangrène septicémique. La première variété est bénigne.

7. *Fractures articulaires.*

Le trait de fracture ; quelquefois une simple fissure, pénètrent dans l'articulation. Très grave lorsque la fracture est ouverte (arthrite purulente fréquente).

Caractérisées par une hémarthrose abondante et rapide.

Retards de consolidation.

2. Complications générales.

Citer, sans les décrire :

— *Le shock; le delirium tremens.*

— *Des complications infectieuses (érysipèle ; septicémie, pyohémie, tétanos)*, complications fréquentes dans les fractures ouvertes.

En second lieu, l'état général du sujet, ses diathèses (diabète, syphilis, albuminurie) viendront réagir sur l'évolution de la fracture, amenant principalement des retards de consolidation.

3. Complications consécutives.

Citer :

— *Amyotrophies.*
— *Raideurs articulaires.*
— *Ankyloses.*

## Complications propres aux fractures ouvertes.

Presque toutes ces complications ont été décrites dans le chapitre précédent. Ici, il faut insister seulement sur la fréquence et la gravité de l'infection directe du foyer de la fracture.

Tantôt, il y aura suppuration limitée et superficielle retardant un peu la marche du cal.

Tantôt au milieu de phénomènes généraux intenses, la suppuration est envahissante, enlevant le malade lorsqu'on n'intervient pas hâtivement, et dans tous les cas amenant des désordres osseux qui rendront la consolidation longue et défectueuse.

Enfin, il peut y avoir ostéomyélite suraiguë et mort en deux ou trois jours.

La chirurgie moderne a toutefois considérablement diminué la gravité du pronostic de ces fractures.

# SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DES

# LUXATIONS DE L'ÉPAULE

De fréquence considérable (représentant près de la moitié des luxations) elles succèdent le plus souvent à des violences extérieures, directes ou indirectes (amenant en général l'abduction forcée) et très rarement à des contractions musculaires.

Anatomiquement elles se divisent (Follin et Duplay) en quatre groupes :

1. *Luxations en avant et en dedans.*

   De beaucoup les plus fréquentes; aussi est-ce sur cette variété seule qu'il faudra insister; les autres ne demandant que quelques mots et une petite discussion diagnostique.

2. *Luxations en bas.*
3. *Luxations en arrière et en dehors.*
4. *Luxations en haut.*

## Symptômes.

*A.* Luxations en avant et en dedans.

Luxation classique avons-nous dit; comprenant trois variétés selon la position de la tête humérale.

1. *Luxations extra-coracoïdienne et sous-coracoïdienne.*

   La tête humérale est sous la coracoïde, les tubérosités restant en rapport avec la portion interne de la cavité glénoïde. La capsule est rompue en bas et en dedans.

2. *Luxation intra-coracoïdienne.*
3. *Luxation sous-claviculaire.*

Aussi, au point de vue clinique, doit-on considérer des signes communs à toutes les luxations antéro-internes et des signes propres à chaque variété.

1. Signes des luxations antéro-internes en général.

Dire, avant tout, que dans toute luxation de l'épaule, le signe de certitude est constitué par la constatation de l'absence de la tête humérale de sa place normale (aplatissement du moignon de l'épaule qui a perdu sa forme arrondie et est devenue en épaulette ; relief saillant de l'acromion, palpation du deltoïde qui se laisse déprimer sous cette saillie).

*Signes physiques.*

a) *Inspection.*

— Saillie de l'acromion ; forme triangulaire et aplatie de l'épaule.

— Parfois dépression sous-deltoïdienne en coup de hache.

— Déviation de l'axe normal du bras.

— Le blessé a l'attitude des traumatisés de l'épaule ; il tient son bras de l'autre main et incline la tête du côté malade.

— Puis gonflement, parfois ecchymose.

b) *Palpation.*

— Dépression facile du deltoïde ; la tête n'est plus dans la glène ; on la sentira soit en dessous ou en dedans de la coracoïde, soit sous la clavicule.

c) *Mensuration.*

— Variations fréquentes de longueur du bras.

*Signes fonctionnels.*

Douleur et impotence relative. Un certain nombre de mouvements sont impossibles.

Parfois lésions ou compressions nerveuses (paralysies du deltoïde ou du bras).

2. Signes particuliers a chaque variété de luxation antéro-internes.

a) *Extra et sous-coracoïdienne.*

— Le sillon pectoro-deltoïdien est soulevé, le bras est en abduction légère, et son axe passe par l'apophyse coracoïde.

— On sent la tête humérale sous la coracoïde, et dans l'aisselle.

— Le bras est légèrement allongé.

b) *Intra-coracoïdienne.*

— Le creux sous-claviculaire est soulevé, et le bras toujours en abduction. L'axe de ce dernier passe par l'union des deux-tiers internes avec le tiers externe de la clavicule.

— La tête n'est plus dans la glène, ni dans l'aisselle, mais plus en haut et en dedans, on la sent en dedans de la coracoïde ; elle roule sous le doigt lorsqu'on fait exécuter quelques mouvements au bras.

— Le bras est diminué de longueur.

c) *Sous-claviculaire.*

Le coude est très rapproché du tronc et l'axe du bras passe par le milieu de la clavicule.

— La tête est sous la clavicule et fait saillir fortement le creux sous-claviculaire.

*B.* Luxations en bas.

Le bras est en abduction. On voit et on sent la tête

humérale sous la peau de l'aisselle séparée de 2 à 3 centimètres de la coracoïde.

— Parfois, si exagération, le bras est porté en l'air (luxatio érecta).

*C*) Luxations en arrière.

Surtout variété sous-acromiale.

Saillie dure, mobile en arrière de l'épaule à la place du vide normal sous-acromial; le bras pend le long du corps, en rotation interne.

*D*. Luxations en haut.

Très rares; caractérisée par la saillie considérable formée par la tête humérale au-devant de l'acromion. Bras raccourci.

## Diagnostic.

Ne s'occuper ici que du diagnostic de la variété la plus commune, luxation antéro-interne.

1. Diagnostic positif.

En dehors des signes fonctionnels et des signes physiques qui peuvent faire pressentir une luxation de l'épaule, tout le diagnostic positif réside dans la recherche de la tête humérale.

a) *La tête humérale est-elle à sa place?*

Oui, si on ne voit ni on ne sent de vide sous l'acromion, et que ni dans l'aisselle, ni dans le creux sous-claviculaire on ne constate de saillie anormale ressemblant à la tête humérale. Alors il n'y a pas de luxation.

b) *La tête humérale n'est pas à sa place. Où est-elle?*

La palpation; combinée surtout avec des mouvements provoqués du bras blessé la feront découvrir. Ses rapports avec l'apophyse coracoïde détermineront la variété de luxation. Cette apophyse, sur un bras blessé,

est souvent masquée par le gonflement. On emploiera le procédé de Farabœuf : la mensuration de la distance séparant du côté sain la coracoïde de l'extrémité interne de la clavicule, et le report du côté malade.

2. Diagnostic différentiel.

Facile en somme lorsqu'on sait faire méthodiquement le diagnostic positif.

On a pu confondre avec :

— *Contusion simple de l'épaule.*

— *Entorse.*

— *Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

Dans tous ces cas la tête reste en place.

La *fracture du col chirurgical de l'omoplate* peut être confondue avec une luxation en avant. Dans ce cas le bras est très allongé et la coracoïde qui fait partie du fragment de l'omoplate présente de la mobilité anormale.

3. Diagnostic des complications.

En outre des lésions nerveuses (paralysies, névralgies), des lésions vasculaires (anévrysmes diffus, gangrène), il faut signaler :

a) *Les luxations compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

Facile : mobilité anormale, crépitation, la tête luxée ne suit pas les mouvements passifs imprimés à l'humérus.

b) *Les luxations compliquées de fracture du col anatomique de l'humérus.*

Très difficile, la crépitation osseuse permet seule le plus souvent le diagnostic.

C'est surtout en cas de complications, que la radiographie de l'épaule traumatisée rendra des services.

---

# SYMPTOMES, DIAGNOSTIC

ET

# COMPLICATIONS DE LA COQUELUCHE

**Définition.**

Catarrhe laryngo-bronchique accompagné d'un élément spasmodique qui se traduit par des accès de toux convulsive, entrecoupés et terminés par des inspirations prolongées et sifflantes ou reprises.

**Fréquence.**

Considérable ; principalement chez l'enfant.

Elle est contagieuse, endémo-épidémique, et une première atteinte confère en général l'immunité.

**Symptômes.**

Décrire l'évolution d'une coqueluche normale et indiquer la division classique de l'évolution en :

1. *Période prodromique.*
2. *Période d'état ; des quintes.*
3. *Période de déclin.*

1. Période prodromique.

Pas de signes bien spéciaux ; le malade tousse, a un peu de fièvre ; on croit d'abord à une légère bronchite.

Cependant la fièvre et la toux persistent, cette dernière devient fréquente, quinteuse ; s'accompagne d'une expectoration abondante, filante, aérée.

Puis la toux devient plus opiniâtre ; la quinte se constitue et on passe à la période suivante, 8 à 10 jours après le début.

2. Période d'état.

Avant d'entrer dans le détail symptomatique, décrire le signe caractéristique de la coqueluche ; la quinte, qui suffit à elle seule, même aux gens du peuple, pour affirmer le diagnostic.

*Description de la quinte de coqueluche.*

— On ne peut ici que résumer les magistrales descriptions qui en ont été laissées par Trousseau et plus tard par Cadet de Gassicourt.

a) *Caractères de la quinte.*

— Elle commence par une série d'expirations saccadées, suivies d'une longue inspiration sifflante, la reprise (cette inspiration rappelle le chant du coq et est caractéristique). Cela se répète 3 ou 4 fois de suite, puis survient un court repos d'environ 30 secondes (certains auteurs appellent ce repos la reprise).

— Puis nouvelle série d'expirations, etc., et lorsque ces séries se sont répétées 4, 5, 8 fois, ou plus, la scène se termine par le rejet d'une expectoration albumineuse et filante spéciale.

— L'ensemble constitue la quinte.

b) *Début de la quinte.*

L'enfant interrompt ses jeux, devient triste, s'écarte de ses camarades, se rapproche de sa mère.

Il médite sa crise (Trousseau) et en a été averti par un chatouillement laryngé spécial.

c) *Attitude pendant la quinte.*

Se cramponne aux points d'appui ; s'il est plus petit s'accroche aux bras de sa nourrice.

d) *Fin de la quinte.*

Après rejet de l'expectoration spéciale ; quelquefois après vomissements alimentaires, il s'arrête anéanti, gardant le visage bouffi,

avec les yeux saillants et larmoyants (aspect assez spécial).

e) *Nombre des quintes.*

Très variable ; tantôt 5 à 10, tantôt 15 à 20 (moyenne), parfois 30, 40.

Un peu plus la nuit.

*Evolution de la période d'état.*

Cette description complète de la quinte finie, dire qu'à cette période il y a trois ordres de signes.

1. *Signes fonctionnels.*

La quinte, l'expectoration et les vomissements.

2. *Signes physiques.*

Peu marqués, on constatera seulement un peu d'augmentation de la sonorité à la percussion du thorax ; de la diminution du murmure vésiculaire et des râles sibilants et ronflants disséminés.

3. *Signes généraux.*

La fièvre a disparu (à moins de complications).

L'état général est bon. L'enfant est un peu pâle et amaigri (insomnie et gêne de l'alimentation).

En résumé, à cette période — et dans toute la maladie du reste — la quinte reste au premier plan et constitue le symptôme capital.

Cette période dure de 3 à 6 et 8 semaines, les quintes augmentant pendant 15 jours, restant stationnaires, puis diminuant progressivement.

3. Période de déclin.

Les quintes ont à peu près disparu, la toux a perdu son caractère convulsif, elle est devenue catarrhale et s'accompagne d'une expectoration muqueuse jaunâtre.

La toux persiste quelque temps, puis disparaît, cette période aura duré 10 à 15 jours.

**Complications.**

Fréquentes, constituant toute la gravité de l'affection. Les diviser en mécaniques, nerveuses, et par infections secondaires.

1. Complications mécaniques.

a) *Ulcération du frein de la langue.*

Ulcération linéaire grisâtre répondant aux incisives médianes et due à la projection de la langue sur ces incisives durant la quinte. Elle n'est pas spécifique comme le voulait Delthil.

b) *Vomissements alimentaires.*

Pouvant par leur fréquence amener l'inanition.

c) *Emissions involontaires d'urine ou de matières fécales.*

d) *Hémorrhagies diverses.*

1. Epistaxis et hémorrhagies gingivales surtout.

2. Hémoptysies, hématuries, hémorrhagies auriculaires.

3. Ecchymoses sous-conjonctivale et palpébrale.

e) *Emphysème. — Pneumothorax.*

L'emphysème guérit toujours chez l'enfant.

f) *Hernies. — Prolapsus rectal.*

g) *Lipothymies ; syncope.*

2. Complications nerveuses.

a) *Convulsions localisées* (*internes*).

Spasme de la glotte.

b) *Convulsions généralisées* (*externes*).

Eclampsie, amenée souvent du reste par de la tuberculose ou de l'hémorrhagie méningée.

c) *Rarement polynévrites, névrite optique.*

3. Complications par infections secondaires.

a) *Broncho-pneumonie.*

La plus grave et la plus fréquente des complications surtout dans les agglomérations et à l'hôpital.

Survenant principalement à la deuxième ou troisième semaine de la période des quintes, annoncée par la disparition des quintes, la dyspnée et l'élévation de la température.

Peu après on constatera de la submatité en un point du poumon, un foyer de râles crépitants, puis du souffle bronchique.

Toujours très grave, elle peut guérir et exposera à la dilatation des bronches.

b) *Pleurésie (rare) et parfois adénopathie trachéo-bronchique.*

c) *Tuberculose pulmonaire.*

N'est pas à proprement parler une complication, mais il est indiscutable que la coqueluche favorise le développement de la tuberculose, et surtout lui donne un coup de fouet lorsqu'elle préexiste.

Si nous résumons maintenant ces complications et les envisageons au point de vue de leur moment, nous voyons :

a) *A la première période.*

Laryngite striduleuse ; convulsions ; broncho-pneumonies.

*A la deuxième période.*

Toutes les complications mécaniques résultant de la quinte, et les broncho-pneumonies.

*A la troisième période.*

Broncho-pneumonies ; tuberculose ; adénopathies.

b) *En plus, durant toute l'évolution.*

Maladies infectieuses surajoutées (rougeole, diphthérie, etc.).

c) *Et à la période de convalescence, plus ou moins longtemps après la maladie.*

Tuberculose, emphysème pulmonaire, dilatation des bronches, adénopathies trachéo-bronchique.

**Diagnostic.**

1. Positif.

Facile, fait par les parents le plus souvent.

Rechercher en dehors de la quinte, la bouffissure du visage et l'ulcération de la langue ; et se rappeler que tout enfant âgé de moins de 7 ans qui crache après une quinte de toux a à peu près sûrement la coqueluche.

2. Différentiel.

Un seul : *l'adénopathie trachéo-bronchique.*

Mais autre marche, antécédents nets de tuberculose, avec toux plus courte moins sifflante, sans expectoration filante, ni vomissement (toux coqueluchoïde).

3. Des complications.

Important surtout pour les complications pulmonaires.

La fièvre à la deuxième période indiquera toujours une complication et on se méfiera de la dyspnée et de l'atténuation brusque des quintes.

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES SEIZE PREMIERS FASCICULES*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 20**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Humérus.** |
| II. | — . . . | **Articulation scapulo-humérale.** |
| III. | — . . . | **Muscles de la région antérieure du bras.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Anthrax.** |
| II. | — . . . | **Indications et manuel opératoire du lavage du sang.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# HUMÉRUS

## Définition.

L'humérus est l'os qui constitue le squelette du bras.

## Forme.

C'est un os long, auquel on distingue un corps ou diaphyse, et deux extrémités ou épiphyses : l'une supérieure, l'autre inférieure.

N'est pas absolument rectiligne, mais présente une légère courbe à convexité tournée vers le tronc.

Il semble de plus tordu sur lui-même.

## Description.

Corps.

A la forme d'un prisme triangulaire très net dans sa moitié inférieure. Beaucoup moins net et presque cylindrique dans sa moitié supérieure.

3 Faces. — Externe, interne, postérieure.

3 Bords. — Antérieur, interne, externe.

*Face externe.*

Arrondie dans la moitié supérieure ; plane dans sa moitié inférieure, et légèrement déviée en avant.

— Au niveau de son 1/3 moyen.

Rugosités : empreinte d'insertion du deltoïde : V deltoïdien formé de deux lignes s'unissant à angle aigu, ouvert en haut.

— Au-dessous de cette empreinte : dépression sous-deltoïdienne ou gouttière de torsion.

— Au-dessous de cette gouttière, deuxième gouttière : gouttière du nerf radial (Poirier).

Logeant :

Le nerf radial.

L'artère humérale profonde.

Se prolonge sur la face postérieure de l'os.

— Au-dessus de l'empreinte deltoïdienne, surface osseuse est en rapport avec les vaisseaux et nerfs circonflexes qui la contournent, et avec la face profonde du muscle deltoïde.

— Au-dessous de la gouttière du nerf radial, cette face donne insertion au muscle brachial antérieur.

*Face interne.*

Arrondie dans la moitié supérieure, aplatie et déviée en avant dans sa moitié inférieure.

— Vers la partie médiane, empreinte circulaire : insertion du muscle caraco-brachial.

— Dans la partie supérieure : rapports avec les tendons du grand dorsal et du grand rond.

— Dans la moitié inférieure : insertion du muscle brachial antérieur.

*Face postérieure.*

Arrondie dans la moitié supérieure, aplatie dans la moitié inférieure.

Les deux moitiés sont séparées par la prolongation postérieure de la gouttière du nerf radial.

— Au-dessus de la gouttière : insertion du vaste externe du triceps.

— Au-dessous de la gouttière : insertion du vaste interne.

*Bord antérieur.*

Dans la partie supérieure, il forme la lèvre externe de la coulisse bicipitale : insertion du tendon du grand pectoral.

— Plus bas, se confond avec la branche antérieure du V. deltoïdien.

— A la partie inférieure, se bifurque pour passer de chaque côté de la cavité coronoïdienne.

*Bord externe.*

Peu marqué dans la partie supérieure.

Devient mieux marqué à partir du V deltoïdien et de la gouttière du nerf radial.

Aboutit en bas, à l'*épicondyle* ou tubérosité externe de l'humérus.

*Insertions :*

— Aponévrose intermusculaire externe.

Muscle long supinateur.

Muscle premier radial externe.

*Bord interne.*

Peu marqué également dans la partie supérieure. Plus net dans la partie inférieure.

Aboutit en bas à la tubérosité interne ou *épitrochlée.*

Quelquefois, présente une petite épine *apophyse sus-épitrochléenne* sous laquelle peut passer l'artère humérale dans des cas anormaux.

*Insertions :*

Aponévrose intermusculaire interne.

Conduit nourricier de l'os est en général voisin de ce bord.

EXTRÉMITÉS.

*Extrémité supérieure.*

Présente trois saillies :

1. La tête humérale.
2. La grosse tubérosité.
3. La petite tubérosité.
4. La tête est séparée des tubérosités par un sillon : *col anatomique.*

5. Les deux tubérosités sont séparées l'une de l'autre par une profonde gouttière : *coulisse bicipitale.*

6. L'extrémité supérieure, dans son ensemble, est séparée du corps de l'os par une partie retrécie : *col chirurgical.*

1. *Tête humérale.*

Forme arrondie, demi sphérique, un peu plus étendue dans le sens vertical que dans le sens antéro-postérieur.

Régulière. — Regarde en haut, en arrière, et en dedans.

Encroûtée de cartilage à l'état frais, s'articule avec la cavité glénoïde de l'omoplate.

2. *Grosse tubérosité.*

Située en dehors de la tête, dont elle est séparée par le col anatomique.

— Continue la face externe du corps huméral.

— A sa partie supérieure, 3 facettes d'insertion.

*En avant.*

— Muscle sus-épineux.

*Au milieu.*

— Muscle sous-épineux.

*En arrière.*

— Muscle petit rond.

— Nombreux trous vasculaires.

3. *Petite tubérosité.*

Située plus en avant, se continue en bas avec la face interne de la diaphyse.

A la partie supérieure : insertion de tendon du musle sous-scapulaire.

4. *Col anatomique.*

Léger sillon, séparant la tête humérale des tubérosités ; est l'analogue du col du fémur.

Reçoit, sur presque toute son étendue, l'insertion de la capsule scapulo-humérale.

5. *Coulisse bicipitale.*

Entre les deux tubérosités et limitée par elles : 2 lèvres, une gouttière.

*Lèvre externe.*

Insertion du tendon du grand pectoral.

*Lèvre interne.*

Insertion du tendon du grand rond.

*Fond de la gouttière.*

Insertion du tendon du grand dorsal.

Passage du tendon de la longue portion du biceps.

D'une artériole et d'un prolongement de la synoviale de l'épaule.

6. *Col chirurgical.*

Rétréci légèrement, unit l'extrémité supérieure de l'os à la diaphyse.

*Extrémité inférieure.*

Aplatie dans le sens antéro-postérieur, a un diamètre transversal beaucoup plus considérable, que le diamètre antéro-postérieur.

Présente à étudier.

1. Une trochlée. — Surface articulaire en forme de poulie, s'articulant avec l'extrémité supérieure du cubitus.

2. En dedans, une tubérosité sur le prolongement du bord interne de l'os : *épitrochlée.*

3. En dehors, une surface articulaire hémisphérique : *condyle* huméral.

4. Plus en dehors encore, une tubérosité : Tubérosité externe : *épicondyle* sur le prolongement du bord externe de la diaphyse.

5. Au-dessus de la trochlée, et en avant : *cavité coronoïde.*

6. Au-dessus de la trochlée, et en arrière : *cavité olécrânienne.*

1. *Trochlée humérale.*

Formée de deux cônes se rencontrant par leur sommet tronqué.

— Les deux joues sont formées par les surfaces de révolution de ces cônes.

La joue interne est plus large et plus longue que l'externe.

— A l'union des deux cônes, une gorge qui se dirige en pas de vis autour d'un axe fictif tendu tranversalement à travers la trochlée.

2. *Epitrochlée.*

Aplatie d'avant en arrière, forme une forte saillie en dedans.

*Insertion :*

Muscle rond pronateur.
Muscle grand palmaire.
Muscle petit palmaire.
Muscle fléchissseur superficiel.
Muscle cubital antérieur.
— Ligament latéral interne du coude.

En arrière, gouttière de passage du nerf cubital.

3. *Condyle.*

— Surface articulaire hémisphérique s'articule avec la cupule de la tête radiale.

— Regarde directement en avant.

— Séparé de la trochlée par un léger sillon recevant, dans les mouvements de flexion, le rebord de la cupule radiale.

— Au-dessus du condyle, petite fossette recevant la partie antérieure du rebord de la cupule, dans les mêmes mouvements de flexion.

4. *Epicondyle.*

Peu saillante, arrondie.

*Insertion :*

Muscle, 2° radial externe.
Muscle extenseur commun.
Muscle extenseur propre, du petit doigt.
Muscle cubital postérieur.

Muscle court supinateur.

Muscle anconé ; ligament latéral externe du coude.

5. *Cavité coronoïdienne.*

Surmontant en avant la trochlée ; hémisphérique.

Reçoit le bec de l'apophyse coronoïde du cubitus, dans les mouvements de flexion.

6. *Cavité olécrânienne.*

Surmontant la trochlée en arrière.

Beaucoup plus profonde que la cavité coronoïdienne. Lame osseuse, qui la sépare de la précédente, est très mince et quelquefois perforée.

Cette cavité reçoit le bec de l'apophyse olécrânienne du cubitus.

## Ossification.

Un point primitif : diaphyse.

Points complémentaires.

| | |
|---|---|
| — Tête.<br>— Petite tubérosité.<br>— Grosse tubérosité. | *Apparaissant les premiers, entre 3 mois et 4 ans.* |
| — Epitrochlée<br>— Bord externe de la trochlée<br>— Condyle<br>— Epicondyle. | *Apparaissant les derniers, entre 2 ans et 13 ans.* |

# ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE

## Définition.

C'est l'articulation par laquelle se mettent en contact le squelette de la ceinture thoracique avec le premier segment du membre supérieur.

Les os en présence sont :

Pour la ceinture thoracique : l'omoplate.
Pour le bras : l'humérus.

## Surfaces articulaires.

OMOPLATE.

Présente comme surface articulaire la *cavité glénoïde* située à l'angle externe de l'os. Supportée et rattachée au reste de l'os par une portion rétrécie, mais très résistante : *col de l'omoplate.*

La cavité glénoïde est ovalaire, à grosse extrémité inférieure. Son bord antéro-interne présente l'*échancrure glénoïdienne.*

Peu profonde, est rendue plus excavée pour recevoir la tête humérale par la juxtaposition à son pourtour d'un bourrelet fibreux :

*Bourrelet glénoïdien.*

De forme prismatique et triangulaire avec une face profonde adhérente à la surface osseuse.

Une face interne regardant la cavité articulaire.

Une face externe donnant insertion à la capsule.

Ce bourrelet reçoit de plus en haut l'insertion du tendon de la longue portion du biceps ; en bas, celle de la longue portion du triceps.

Surface osseuse est encroûtée d'un cartilage un peu plus mince au centre qu'à la périphérie.

HUMÉRUS.

S'articule avec la cavité glénoïde par la *tête humérale* représentant à peu près le tiers d'une sphère, plus étendue dans le sens vertical que dans le sens antéro-postérieur (Poirier).

Tête humérale est circonscrite par le *col anatomique*, léger sillon qui sépare cette tête humérale des tubérosités grosse et petite situées en dehors.

Cartilage qui recouvre la tête est uniformément épais dans sa presque totalité, un peu plus mince à la périphérie (Sappey).

## Moyens d'union.

CAPSULE.

*Forme.*

Cône fibreux à sommet tronqué correspondant au pourtour de la cavité glénoïde.

*Insertions.*

*Omoplate.*

— Face externe du bourrelet glénoïdien.

— A la partie supérieure, capsule s'étend jusqu'à la base de l'apophyse coracoïde.

— A la partie antérieure, au niveau de l'échancrure glénoïdienne, capsule envahit un peu la surface osseuse.

— A la partie inférieure se confond avec le tendon de la longue portion du triceps.

*Humérus.*

— Lèvre externe du col anatomique.

— S'avance d'un centimètre ou quelquefois de deux au-delà du col anatomique, à la partie postérieure et à la partie inférieure.

La capsule est tantôt épaisse, tantôt extrêmement mince. Elle est mince aux points où viennent frotter sur elle les tendons voisins qui servent de ligaments actifs. Entre ces tendons elle est renforcée par des ligaments (ligaments passifs).

LIGAMENTS.

*Passifs.*

*Ligament coraco-huméral.*

*Situation.*

— A la partie supérieure de l'articulation entre le tendon du sous-scapulaire et celui du sus-épineux.

*Insertions.*

*A l'omoplate.*

— Bord externe de l'apophyse coracoïde, immédiatement au-dessous du ligament acromio-coracoïdien.

*A l'humérus.*

— Partie supérieure de la grosse tubérosité.

Bord antérieur du ligament se sépare nettement de la capsule et entre eux est un prolongement de la bourse séreuse sous-coracoïdienne. Bord postérieur est intimement uni à la capsule.

*Ligament sus-gléno-sus-huméral* (Farabeuf).

*Situation.*

— A la partie supérieure de l'articulation.

*Insertions.*

*A l'omoplate.*

— Partie supérieure du bourrelet glénoïdien.

— Partie voisine de la surface osseuse.

*A l'humérus.*

Encoche creusée sur le col anatomique au-dessus de la petite tubérosité.

A ce niveau il est uni au ligament coraco-huméral par des fibres transversales qui passent comme un pont en avant de la coulisse bicipitale.

*Ligament sus-gléno-préhuméral* (Farabeuf).

*Situation.*

— A la partie antérieure de l'articulation.

*Insertions.*

*A l'omoplate.*

— Bourrelet glénoïdien et surface osseuse voisine, tout près et un peu en avant du ligament précédent.

*A l'humérus.*

— Au-dessus de la petite tubérosité.

Ce ligament limite avec le ligament précédent le *foramen ovale de Weitbrecht*, orifice creusé dans la capsule et permettant au tendon du sous-scapulaire d'aller gagner son insertion humérale.

*Ligament prégléno-sous-huméral* (Farabeuf).

*Situation.*

— A la partie antéro-inférieure de l'articulation entre le tendon du muscle sous-scapulaire et celui du muscle petit rond en arrière.

*Insertions.*

*A l'omoplate.*

Surface périphérique du bourelet glénoïdien, et surface osseuse adjacente.

*A l'humérus.*

— Partie interne du col chirurgical.

Actifs.

Tendon des muscles voisins.

*En avant.*

Muscle sous-scapulaire.

*En arrière.*

Muscle sous-épineux.
Muscle petit rond.

*En haut.*

Muscle sus-épineux,

*En bas.*

Tendon de la longue portion du triceps.

**Synoviale.**

*Insertions.*

Au même niveau que celle de la capsule, sur les surfaces osseuses.

*Prolongements.*

1. Au-dessous du tendon du sous-scapulaire.
2. Dans la coulisse bicipitale accompagnant le tendon de la longue portion du biceps.
3. A travers l'échancrure glénoïdienne, petit cul-de-sac qui peut communiquer avec la bourse séreuse du sous-scapulaire.

**Rapports.**

*Immédiats.*

1. Avec les tendons des muscles, qui sont de véritables ligaments actifs.
2. Plus loin.

*En haut.*

Voûte acromio-coracoïdienne complétée par le ligament acromio-coracoïdien ; au-dessous de l'angle de l'acromion sur le vivant, on sent normalement une dépression qui disparaît dans les luxations de la tête humérale en arrière.

*En dehors.*

Muscle deltoïde.

— Bourse séreuse sous-deltoïdienne.

*En avant.*

Muscle coraco huméral.

*En avant et en bas.*

Creux de l'aisselle et son contenu.

**Vaisseaux.**

Branches de l'artère scapulaire inférieure.
Branches des artères circonflexes.

**Nerfs.**

Rameaux du nerf sus-scapulaire.
Rameaux du nerf sous-scapulaire.
Rameaux du nerf circonflexe.

**Physiologie.**

Mouvements de :

— *Flexion.* — Humérus se porte en avant.

— *Extension.* — Humérus se porte en arrière.

Se font autour d'un axe partant du centre de la cavité glénoïde, en traversant la tête humérale, et se dirigeant en bas, en avant et en dehors.

— *Abduction.* — Humérus se porte en dehors.

— *Adduction.* — Humérus se porte en dedans.

Autour d'un axe antéro-postérieur, passant par le centre de la tête humérale.

— *Circumduction.* — Le bras décrit un cône à sommet interne répondant à la glène.

— *Rotation en dedans et en dehors.*

Autour d'un axe vertical répondant à celui de la diaphyse humérale.

Des mouvements de la ceinture thoracique complètent, dans une large mesure, les mouvements de l'articulation scapulo-humérale.

---

# MUSCLES DE LA RÉGION ANTÉRIEURE DU BRAS

## Définition.

Suivant l'opinion des classiques (Sappey), ces muscles sont au nombre de trois : muscle coraco-brachial, muscle biceps, muscle brachial antérieur.

Aujourd'hui (Poirier) on tendrait à faire du muscle coraco-brachial une sorte de groupe à part, un groupe interne analogue des adducteurs de la cuisse. Nous prendrons pour type de la description l'opinion classique.

## Situation.

Ces trois muscles sont situés à la région antérieure du bras dans une loge délimitée en avant par la portion antérieure de l'aponévrose brachiale, en arrière par le corps de l'humérus et les cloisons intermusculaires interne et externe.

Ces muscles sont situés en deux plans :

*Plan superficiel.*

Muscle biceps.
Muscle coraco-huméral.

*Plan profond.*

Muscle brachial antérieur.

## Description.

*A.* Muscle coraco-brachial ou coraco-huméral.

*Situation.*

A la région antéro-interne du bras, étendu depuis l'apophyse coracoïde de l'omoplate jusqu'à la partie moyenne de la face interne de l'humérus.

*Insertions.*

*Supérieures.*

1. Versant interne du sommet de l'apophyse coracoïde, entre les insertions du petit pectoral et de la courte portion du biceps.

2. Face inférieure de l'apophyse coracoïde dans une faible étendue.

3. A la face interne, concave en arrière et en dedans du tendon d'origine, de la courte portion du biceps brachial.

(Disposition comparable à l'origine des muscles demi-tendineux et longue portion du biceps crural à la cuisse).

*Inférieures.*

Rugosités situées entre le tiers supérieur et le tiers moyen de la face interne de l'humérus.

Par un tendon aplati.

Le corps charnu est formé de deux faisceaux dont l'un est antérieur et l'autre postérieur. Ces deux faisceaux sont unis intimement l'un à l'autre à la partie supérieure et à la partie inférieure. A la partie moyenne seulement, ils sont nettement séparés et entre les deux passe le tronc du nerf musculocutané.

*Rapports.*

*En avant.*

— Muscle deltoïde.
— Tendon du grand pectoral.
— Courte portion du biceps.

*En arrière.*

— Tendon du grand dorsal, grand rond sous-scapulaire.

— De l'insertion inférieure du muscle part une bandelette fibreuse qui va, par son autre extrémité, se fixer à la petite tubérosité de

l'humérus. Cette arcade : arcade de Struhters, limite avec l'humérus un orifice ostéo-fibreux dans lequel passent les tendons du grand rond et du grand dorsal. Elle est inconstante.

*En dehors.*

— Courte portion du biceps.

*En dedans.*

— Paquet vasculo-nerveux de l'aisselle.

*Nerf médian.*

Suit parallèlement le bord interne du muscle.

*Artère humérale.*

Située plus en arrière et sur un plan plus profond.

*Nerf musculo-cutané ou perforant de Cassérius.*

Traverse le corps musculaire.

*Nerf cubital et nerf radial.*

Situés beaucoup plus en arrière.

*Innervation.*

Deux rameaux nés du nerf musculo-cutané avant son entrée dans le muscle.

*Irrigation.*

Branches musculaires de l'artère humérale.

*Action.*

a) *Point fixe sur l'apophyse coracoïde.*

— Porte le bras en avant, en dedans et en haut.

— Légère rotation en dedans.

b) *Point fixe sur l'humérus.*

— Fait basculer en bas et en avant l'angle supéro-externe de l'omoplate, et projette en arrière l'angle inférieur.

*B.* Muscle biceps brachial.

*Situation.*

Plan superficiel de la région antérieure du bras. S'étend de l'omoplate à la partie supérieure du radius.

*Forme.*

Allongé, renflé à la partie moyenne. Simple en bas, divisé en haut en deux faisceaux dits : l'un courte portion, le second longue portion.

*Insertions.*

*Supérieures.*

a) *Longue portion.*

1. Au-dessus de la cavité glénoïde de l'omoplate.

2. Bourrelet glénoïdien, par un tendon qui se dirige en dehors, à travers l'articulation de l'épaule, appliqué à la face profonde de la partie supérieure de la capsule entre les saillies formées dans l'intérieur de l'articulation par les ligaments coraco-huméral et sus-gléno-sus-huméral.

— Puis dans la coulisse bicipitale où il est maintenu par des fibres aponévrotiques transversales.

— Enfin s'épanouit en un demi-cône concave en arrière ; de la face postérieure de ce cône naissent des fibres charnues qui vont vers la partie moyenne du bras s'unir au faisceau charnu de la courte portion.

b) *Courte portion.*

— Sommet de l'apophyse coracoïde par un tendon commun avec le muscle coraco-brachial. Ce tendon se prolonge entre les deux muscles sous la forme d'une cloison aponévrotique.

Faisceau charnu, né de ces insertions, est arrondi et descend en bas et en dehors en se renflant peu à peu.

A la partie moyenne du bras, les deux portions se réunissent pour former un seul corps charnu, convexe en avant, plan ou concave en arrière.

Fibres charnues se rendent aux deux faces d'une aponévrose située dans un plan sagittal qui s'épaissit et devient un véritable tendon. Ce tendon change peu à peu de direction et se place dans un plan transversal. Puis reprenant son orientation antéro-postérieure, il plonge dans l'épaisseur du pli du coude, entre les muscles épicondyliens et les muscles épitrochléens pour gagner les insertions :

*Inférieures.*

1. Moitié postérieure de la tubérosité bicipitale du radius. Il est séparé de la moitié antérieure par une bourse séreuse.

2. De la face antérieure et du bord interne du tendon se détache une *expansion aponévrotique* qui va s'unir à la partie antéro-interne de l'aponévrose antibrachiale. A travers cette aponévrose, et se confondant avec elle, les fibres de l'expansion aponévrotique continuent leur chemin jusqu'au bord postérieur du cubitus. C'est ce qu'on a appelé (Krause) *l'insertion cubitale du biceps.*

*Rapports.*

a) *Longue portion.*

— Dans l'articulation scapulo-humérale :

*En haut.*

— Capsule articulaire.

*En bas.*

— Synoviale.
— Cavité articulaire.
— Tête humérale.

*En avant.*

— Ligament sus-gléno-sus-huméral.

*En arrière.*

— Ligament coraco-huméral.

— Dans la coulisse bicipitale.

*En avant.*

— Tractus fibreux allant d'un bord à l'autre de la coulisse.
— Tendon du grand pectoral.

*En arrière.*

— Humérus, insertion du muscle grand dorsal.

*En dedans.*

— Insertion du muscle grand rond.

Auprès de lui dans la coulisse : branche artérielle de l'acromio-thoracique.

b) *Courte portion.*

*En avant.*

— Deltoïde.
— Tendon du grand pectoral.

*En arrière.*

— Muscle coraco-huméral.
— Tendons du sous-scapulaire.
» du grand rond.
» du grand dorsal.

*En dedans.*

— Paquet vasculo-nerveux dont elle est séparée par le muscle coraco-brachial.

c) *Corps charnu.*

*En avant.*

— Peau.
— Aponévrose brachiale.

*En arrière.*

— Nerf musculo-cutané.
— Muscle brachial antérieur.

*En dedans.*

*Sur un plan superficiel.*

— Veine basilique.
— Nerf brachial cutané interne.

*Sur un plan profond.*

Paquet vasculo-nerveux :

— Artère humérale.
— Veines humérales.
— Nerf médian.

*En dehors.*

*Sur un plan superficiel.*

— Veine céphalique.

d) *Au pli du coude.*

α) *Tendon.*

*En dehors.*

— Muscles épicondyliens.
— Artère récurrente radiale antérieure.
— Branche antérieure du nerf radial.

*En dedans.*

— Muscles épitrochléens.
— Artère humérale.
— Nerf médian.

*En arrière.*

— Tendon du brachial antérieur.

*En avant.*

— *M.* veineux du pli du coude.

β) *Expansion aponévrotique.*

*En avant.*

— Peau.

— Veine médiane basilique.

*En arrière.*

— Muscles épitrochléens.

— Artère humérale.

*Irrigation.*

Branches musculaires de l'artère humérale.

*Innervation.*

Deux filets du nerf musculo-cutané.

*Action.*

α) *Point fixe en haut.*

Si le bras est dans la supination, il détermine la flexion de l'avant-bras sur le bras.

— Si primitivement l'avant-bras est en pronation, il produit la supination tout d'abord, puis la flexion de l'avant-bras sur le bras.

— Tend l'aponévrose antibrachiale (Henle).

β) *Point fixe sur l'avant-bras.*

Quand les deux os de l'avant-bras sont fixés par exemple dans l'action de grimper.

— Fléchit le bras sur l'avant-bras.

*C.* Muscle brachial antérieur.

*Situation.*

— Au plan profond de la région antérieure du bras. S'étend depuis la partie moyenne de l'humérus jusqu'à l'apophyse coracoïde du cubitus.

*Forme.*

— Demi-cylindre concave en arrière et engaînant la partie antérieure de l'humérus.

*Insertions.*

*Supérieures.*

1. Moitié inférieure des faces externe et in-

terne de l'humérus embrasse l'empreinte deltoïdienne.

2. Bords antérieur, interne, externe de l'humérus.

3. Cloisons intermusculaires interne et externe.

*Inférieures.*

— Au-dessous de l'apophyse coracoïde, sur une empreinte rugueuse ovalaire de deux centimètres de hauteur.

Corps charnu est formé de fibres qui convergent vers le tendon inférieur, les moyennes sont verticales, les internes dirigées en bas et en dehors, les externes en bas et en dedans.

Elles se jettent sur une aponévrose qui s'épaissit en un tendon se dirigeant en bas et en arrière vers l'insertion inférieure.

*Rapports.*

*En avant.*

— Nerf musculo-cutané.

— Muscle biceps.

*En dedans.*

— Paquet vasculo-nerveux du bras.

— Muscle rond pronateur.

*En dehors.*

— Muscle long supinateur.

— Muscle premier radial externe.

— Entre ces deux muscles et le brachial antérieur : branche antérieure du nerf radial, — artère récurrente radiale antérieure.

*En arrière.*

— Humérus.

— Cloisons intermusculaires interne et externe ; et plus en arrière : muscle triceps, nerf cubital.

— Articulation du coude auquel il adhère assez intimement.

*Irrigation.*

Branches musculaires de l'artère humérale.

*Innervation.*

Quatre ou cinq rameaux naissant par un tronc commun du nerf musculo-cutané.

*Action.*

a) *Point fixe sur l'humérus.*

— Flexion de l'avant-bras sur le bras; agit plus énergiquement que le biceps.

b) *Point fixe sur le cubitus.*

— Flexion du bras sur l'avant-bras.

---

# ANTHRAX

## Définition.

Celle donnée par Trétat dans le Dictionnaire Dechambre. « L'anthrax est une tumeur inflammatoire, de volume variable, qui débute dans l'appareil glandulaire pilo-sébacé, s'étend au derme périphérique et au tissu cellulaire sous-jacent, détermine la mortification d'une partie de ce tissu et s'accompagne de symptômes généraux souvent graves ».

De cette définition, on peut déjà tirer les nombreuses analogies qui existent entre le furoncle et l'anthrax ; nous verrons que l'étiologie et l'anatomie pathologique ne font que confirmer cette identité. Dans les deux cas, l'agent pathogène est le même (staphylocoque), dans les deux cas se retrouvent les mêmes causes prédisposantes.

L'anthrax cependant a une tendance à la diffusion que n'a pas le furoncle ; il y a multiplicité des foyers bourbillonneux, inflammation et mortification du tissu cellulaire voisin, en même temps que des phénomènes généraux graves.

## Etiologie.

### Cause primordiale.

La pénétration dans un follicule pilo-sébacé d'un staphylocoque virulent.

Ce staphylocoque proviendra, soit du pus d'un furoncle, ou d'un anthrax (contagion du furoncle et de l'anthrax) ; soit du pus d'une autre inflammation, etc.

Dans certains cas, il sera causé par un des staphylocoques qui pullulent normalement à la surface de notre peau (influence des irritations locales ; de la diminution de résistance du sujet).

Causes prédisposantes.

a) *Les unes locales.*

— Frottements répétés (faux-cols ; la selle chez les cavaliers, etc.).

— Saleté locale, pommades, emplâtres, etc.

— Influence des professions (infirmiers, blanchisseuses, bouchers, tanneurs, chiffonniers).

Ce sont en somme celles du furoncle, et les causes d'ordre général ont une importance beaucoup plus grande.

b) *Les autres générales.*

— Prédisposition individuelle.

— Influence du surmenage, de la convalescence des maladies graves ; de toutes les cachexies.

— Influence indiscutable du diabète, et légère de l'albuminurie.

En résumé, l'anthrax, facilité par des irritations locales, créé par une infection locale, peut se rencontrer chez tous, quoique fort rarement chez l'enfant et l'adolescent, mais constitue principalement une maladie des adultes et des vieillards, et sera favorisé en même temps qu'aggravé par toutes les dyscrasies, en particulier par la glycosurie.

## Anatomie pathologique.

On peut reproduire ici toutes les discussions anatomiques et physiologiques auxquelles le furoncle a donné lieu.

Nous nous en abstiendrons.

— L'inflammation siège dans l'appareil pilo-sébacé de la peau, comme dans le furoncle ; mais ici, plusieurs follicules sont pris ensemble, et l'inflammation ira en s'élargissant.

— Il n'y a donc plus un bourbillon, mais plusieurs (le bourbillon est un amas fort complexe où l'on retrouve le produit de sécrétion des glandes sébacées, les débris mortifiés du follicule pileux, et la trame conjonctive et élastique qui l'entoure, enfin des leucocytes extravasés par diapédèse — Reclus).

— En plus du bourbillon et de l'inflammation des follicules pilo-sébacés, il y a de l'inflammation du tissu cellu-

laire sous-jacent, de l'infiltration œdémateuse ; des phénomènes de mortification surviendront, détruisant la peau et le tissu cellulo-graisseux. L'aponévrose superficielle même pourra être détruite, un véritable phlegmon circonscrit se formera sous l'anthrax.

## Symptômes.

Prendre, comme type de description, l'anthrax fréquent, de la nuque ou dos.

Début.

a) *Phénomènes locaux.*

En un point du tégument hyperesthésie, puis douleur qui va croître rapidement, s'accompagnant d'une sensation de chaleur âcre et mordicante. La douleur augmente, lancinante. En même temps, la peau rougit et devient violacée, puis livide au centre. On peut déjà apprécier une tuméfaction diffuse, dure au toucher.

b) *Phénomènes généraux.*

Dès le début des phénomènes locaux, parfois avant, malaise général, courbature, céphalalgie, frissons et élévation thermique légère.

Etat.

a) *Phénomènes locaux.*

La tuméfaction à périphérie violacée, à centre livide, continue à s'accroître et à se surélever.

Sur son sommet apparaissent plusieurs phlyctènes sanguinolentes qui vont se rompre, laissant apercevoir des perforations du derme, où vont s'engager des masses jaunâtres, les bourbillons.

Ces perforations s'aggrandissent et donnent à la tumeur un aspect classique, en écumoire, en guêpier.

A travers ces cratères, sortiront, en même temps que les bourbillons, des lambeaux sphacélés de tissu cellulaire.

— Ceci est la description de la forme la plus commune, de l'anthrax circonscrit qui ne dépasse guère le volume d'une pomme.

Il existe une variété diffuse, fort grave, dans laquelle le bord de la plaque enflammée ne se limite plus, donne une vaste tumeur ligneuse (20 à 30 centimètres de diamètre). Dans ce cas, il y aura de vastes destructions cutanées et de la gangrène étendue des tissus sous-jacents.

b) *Signes fonctionnels.*

La douleur est presque le seul ; extrême, lancinante, contusive, amenant l'insomnie ; elle ne commencera à décroître que lorsque les perforations du derme se seront établies.

A côté, certains troubles spéciaux selon le siège de l'anthrax (gêne respiratoire, de la défécation, etc.).

c) *Signes généraux.*

Température élevée ; baisse un peu après l'ouverture.

Délire ; troubles gastro-intestinaux.

Ces signes seront extrêmement marqués dans l'anthrax diffus et chez les dyscrasiques ; il évoluera alors au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques qui pourront enlever le malade.

D'autres fois, hecticité par suppuration étendue.

ÉVOLUTION.

1. *Dans l'anthrax circonscrit.*

La guérison se fait d'abord au centre ; les bourbillons sont éliminés, une plaie bourgeonnante apparaît ; et, en 6 à 7 semaines, la guérison est totale ; laissant une cicatrice irrégulière, indurée et violacée, puis brunâtre.

2. *Dans l'anthrax diffus.*

Si le malade n'est pas enlevé par les phénomènes ataxo-adynamiques, ou par la fièvre hectique, la réparation pourra se faire, demandant plusieurs mois, laissant de larges cicatrices et des brides rétractiles.

Complications.

*a*) Ouverture de cavités séreuses (plèvre, articulations), de vaisseaux (phlébite).

*b*) Phlegmon circonscrit ou diffus.

*c*) Fréquence de la gangrène dans les anthrax des diabétiques.

*d*) Complications spéciales aux anthrax de la face et des lèvres (phlébite des sinus).

**Diagnostic.**

Facile à faire avec :

— *Le furoncle.*

N'a qu'un pertuis.

— *Le phlegmon circonscrit.*

Sous-cutané et non cutané. — N'a pas de pertuis.

— *La pustule maligne.*

Eschare citronnée ; collerette de vésicules ; allures plus rapides.

Fut autrefois, avant les travaux de l'Académie de Dijon, longtemps confondue avec l'anthrax (anthrax malin).

**Pronostic.**

Est grave seulement lorsque l'anthrax est diffus, ou lorsqu'il survient chez des cachectiques, vieillards, diabétiques.

**Traitement.**

a) *Local.*

1. Dans les cas d'anthrax limités, sans douleurs excessives, se contenter de pansements humides antiseptiques, chauds, fréquemment renouvelés et complétés par des pulvérisations phéniquées (pulvérisateur à vapeur de Lucas-Championnière).

2. Dans les cas d'anthrax volumineux ou diffus, d'anthrax trop douloureux, d'anthrax évoluant sur un terrain dyscrasique, d'anthrax dangereux par leur siège (face, cou, etc.), en plus du traitement précité, intervenir :

— Soit par l'incision cruciale au bistouri, et parfois le curettage des foyers bourbillonneux.

— Soit — et c'est le procédé le plus employé — en creusant dans la tumeur des sillons profonds et rapprochés du thermo-cautère.

Quant au broiement sous-cutané, à l'introduction de flèches de pâte de Canquoin, ce sont des procédés intéressants à titre historique.

b) *Général.*

Toniques, alcool. Favoriser la diurèse et faire de l'antisepsie intestinale.

Si diabète, albuminurie, etc., mettre au régime approprié.

Enfin, tout récemment, M. Brocq vient de préconiser avec d'intéressantes observations à l'appui, la levure de bière à l'intérieur comme traitement spécifique de l'anthrax et de la furonculose.

---

# INDICATIONS et MANUEL OPÉRATOIRE DU LAVAGE DU SANG

On nomme lavage du sang, l'injection de solutions salines n'altérant pas les éléments figurés du sang, dans une veine ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces solutions salines, appelées improprement sérums artificiels, sont presque exclusivement aujourd'hui de l'eau salée.

Cette méthode est devenue d'un emploi journalier dans les grandes hémorrhagies, dans le choc traumatique ou opératoire, dans les infections graves.

Son emploi courant remonte à ces dernières années (Dastre, Pozzi, Delbet, etc.) ; on s'en était déjà servi, il y a une quinzaine d'années dans le traitement du choléra (Hayem), où elle avait remplacé la transfusion sanguine.

## Indications.

L'injection d'eau salée peut se faire, soit dans une veine, soit dans le tissu cellulaire. Chaque mode a ses avantages ; le premier est absolument indiqué toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une hémorrhagie grave, d'un choc traumatique, de la mort imminente, car seul, il permet en un très court laps de temps, de faire pénétrer dans le système circulatoire des quantités considérables (2 litres et plus) d'eau salée.

Les états morbides dans lesquels l'injection d'eau salée est indiquée peuvent être groupés en 4 classes (Lejars).

1. *Hémorrhagies.*

Toutes variétés ; en particulier dans les hémorrhagies externes où elle permet d'intervenir dans certains cas.

Dans les hémorrhagies internes, dans certaines hémorrhagies spéciales (épistaxis, hémorrhagies intestinales), elle semble même avoir un rôle hémostatique.

2. *Etats de collapsus.*

Elle donne d'excellents résultats dans tous les cas où il y a hypotension artérielle marquée.

Dans ces cas, pour Lejars, l'injection sous-cutanée (hypodermoclyse) suffit.

Elle doit enfin être employée parfois à titre préventif, avant une intervention chez des sujets anémiés ou cachectiques.

Dans les interventions s'accompagnant d'abondantes hémorrhagies (résection de la hanche), il sera également utile d'injecter 500 grammes d'eau salée avant l'opération.

3. *Intoxications.*

Utile dans toutes les intoxications.

Dans quelques intoxications aiguës, en particulier dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, il faut pratiquer l'injection massive intra-veineuse.

4. *Infections.*

Dans toutes les infections graves, on a intérêt à l'employer (associée ou non à la saignée). Son usage est devenu fréquent, elle relève la tension sanguine, favorise la diurèse et l'élimination des toxines.

## Liquides employés.

On emploie presque exclusivement aujourd'hui, l'eau salée contenant de 5 à 10 p. 1000 de chlorure de sodium (solution physiologique n'altérant pas les globules sanguins — Malassez).

C'est la solution à 7 p. 1000, faite avec de l'eau stérilisée à l'autoclave (sous pression à 115° pendant 10 minutes), et bouillie ; ou à la rigueur avec de l'eau bouillie (pendant 30 minutes), solution limpide.

Elle devra être portée à une température voisine de celle du corps, ou légèrement supérieure (38°-40°).

Bien qu'actuellement on n'emploie guère d'autres solutions, citer les sérums artificiels :

*a*) De Chéron, sérum concentré, contenant de l'acide phénique, du sulfate de soude, du phosphate de soude et du chlorure de sodium, et qu'on injecte seulement par petites quantités (5 à 20 grammes).

*b*) De Hayem, sérum contenant 5 grammes de sel marin et 10 grammes de sulfate de soude par litre, et qui fut longtemps injecté avant l'eau salée simple.

**Appareils.**

Innombrables ; le plus simple est le meilleur, d'autant que le lavage du sang est une méthode d'urgence et que, souvent, l'appareil devra être improvisé.

On peut employer des seringues à injections sous-cutanées de grande capacité (seringue de Roux) ; chez l'enfant cela suffira ; chez l'adulte, même en laissant l'aiguille en place pendant qu'on recharge la seringue, c'est peu commode. Des modèles divers de flacons avec siphons, des bocks laveurs émaillés, des entonnoirs ; des flacons avec compression d'air par une soufflerie de Richardson, peuvent être très avantageusement employés.

En effet il faut :

1. *Un récipient.*

2. *Un tube de caoutchouc.*

3. *Une aiguille ou une canule en verre pour les injections intra-veineuses.*

Dans les services hospitaliers, on emploie surtout :

1. Le flacon à deux tubulures dont l'une est en communication avec une soufflerie de Richardson, qui fait de la compression, l'autre, avec un long tube de caoutchouc qui livrera passage à l'eau salée chassée par la compression de l'air du flacon.

2. Le bock laveur en verre, porté sur une armature de métal qui permettra de le suspendre, ou le simple entonnoir de verre, maintenu égale-

ment par un cercle métallique, et auquel sera adapté le tube de caoutchouc qui conduit à l'aiguille (tube de 1 m. 50 de longueur).

Dans le premier appareil, la compression, dans le second, la pesanteur (par différences de niveau) agiront sur le liquide.

Quant à l'aiguille qui termine l'appareil, ce devra être une grosse et forte aiguille, dont l'aiguille n° 2, de l'appareil Potain, représente le type parfait.

Pour les injections intra-veineuses, on se sert presque exclusivement de petites canules en verre, effilées, avec un léger renflement terminal obliquement coupé.

Ces appareils divers devront être aseptiques.

L'ébullition prolongée dans de l'eau salée, ou de l'eau additionnée de carbonate de soude, est suffisante.

## Injection proprement dite (Manuel opératoire.

Distinguer les deux modes d'injection.

### *A.* Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané.

C'est le procédé usuel (hypodermoclyse).

L'injection se fait dans les régions où abonde le tissu cellulaire lâche (en arrière du grand trochanter ; à la fesse ; à la face antéro-externe de la cuisse ; à la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; dans l'aisselle).

1. Asepsie de la région (lavage et brossage au savon, puis lavage à l'alcool et au sublimé).

2. Introduction de l'aiguille. On fait un pli à la peau, et on l'introduit dans ce pli et parallèlement à lui ; on l'enfonce d'une longueur de 4 à 5 centimètres. L'air a été, bien entendu, chassé préalablement de l'aiguille.

3. L'injection se fait alors ; le récipient étant élevé à 1 m. 50 environ, ou dans les appareils à compression, la soufflerie étant mise en marche.

Il faut environ 20 à 30 minutes pour faire pénétrer 500 grammes de liquide. Une boule d'œdème se forme, qui se résorbera en quelques heures, souvent très vite.

En général, il est préférable de ne pas injecter, en un même point, plus de 300 grammes de liquide (douleur) ;

il vaut mieux pratiquer une seconde injection immédiate ou même simultanée dans une autre région.

4. L'injection faite, retirer l'aiguille, et appliquer momentanément sur la piqûre un tampon de ouate.

*B*. Injection intra-veineuse.

On choisit une veine superficielle quelconque facilement abordable (le plus souvent la médiane céphalique ou la saphène interne).

1. *Asepsie parfaite* :

*a*) Du liquide.

*b*) Des instruments.

*c*) Des mains de l'opérateur.

*d*) De la région.

2. *Recherche de la veine et dénudation.*

La veine est saillante, sinon la compression circulaire la rend évidente.

On peut parfois enfoncer directement dans la veine, l'aiguille Potain ; mais le mieux est de dénuder d'abord la veine, et d'introduire après ponction au bistouri, la canule en verre, spéciale, décrite plus haut.

Donc :

1. Incision cutanée au bistouri, qui croise très obliquement la veine sur une étendue de 2 centimètres.

2. Dénuder la veine et passer au-dessous, un fil double dont on lie le bout inférieur.

3. Inciser la veine, (5 millimètres), au bistouri et, saisissant une des lèvres de l'incision avec une pince, introduire la canule et l'enfoncer d'environ 2 centimètres.

Quelquefois, il sera nécessaire de se servir du bout supérieur du fil placé sous la veine, pour fixer la canule ; le plus souvent c'est inutile.

4. Pratiquer l'injection, lentement au début (ne pas dépasser beaucoup plus du litre par injection).

5. Retirer la canule, lier rapidement la veine au-dessus de l'incision, appliquer deux points de suture à la peau et un léger pansement.

Tels sont les deux procédés de lavage du sang le plus couramment employés ; simples tous deux et donnant des résultats parfaits, s'accompagnant très rarement d'accidents relevables pour la plupart d'une faute d'asepsie.

On a proposé également, comme autres méthodes, l'injection intra-artérielle, l'injection intra-péritonéale, l'injection rectale, tous procédés absolument inférieurs aux premiers.

---

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 21**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Artère humérale.** |
| II. | — . . . | **Muscle triceps brachial.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Symptômes des fractures de l'humérus.** |
| II. | — . . . | **Hydarthrose.** |
| III. | — . . . | **Cathétérisme de l'œsophage; lavage de l'estomac.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# ARTÈRE HUMÉRALE

**Définition.**

L'artère humérale est l'artère qui, parcourant le segment supérieur du membre thoracique, irrigue par ses branches collatérale ce bras et va porter, par ses branches de bifurcation, le sang aux autres segments de ce membre : avant-bras et main.

**Origine.**

Au niveau du bord inférieur du tendon du grand pectoral où elle continue l'artère axillaire sans changement de calibre.

**Terminaison.**

Au niveau du pli du coude en général sous l'expansion aponévrotique du biceps, par division en deux branches terminales : artère cubitale, artère radiale destinées à l'avant-bras et à la main.

**Trajet.**

Oblique en bas, en avant et en dehors ; d'abord à la face interne du bras, puis à la face antérieure, au voisinage du pli du coude.

**Rapports.**

1. *Avec les muscles et aponévroses.*

*Au bras.*

*En avant.*

— Aponévrose brachiale.

— Bord interne du biceps qui, chez les

sujets fortement musclés, recouvre complètement l'artère.

*Plus haut.*

— Bord interne du muscle coraco-brachial.

*En arrière.*

— Aponévrose intermusculaire interne.

— Par son intermédiaire : portion interne du triceps.

*Plus bas.*

— Face antérieure du muscle brachial antérieur.

*En dedans.*

— Aponévrose brachiale.

— Fascia superficialis.

— Peau.

*En dehors.*

— Humérus.

— Muscle brachial antérieur.

— Interstice qui sépare le muscle brachial antérieur du muscle biceps.

*Au pli du coude.*

*En arrière.*

— Muscle brachial antérieur.

— Articulation du coude.

*En avant.*

— Expansion aponévrotique du biceps.

*En dedans.*

— Union de l'expansion aponévrotique avec l'aponévrose du bras.

— Extrémité supérieure des muscles épitrochléens.

*En dehors.*

— Tendon du biceps.

2. *Rapports avec le paquet vasculo-nerveux.*

*Veines humérales.*

Nombre : deux, en général.

*Situation.*

— L'une en avant et en dehors, l'autre en arrière et en dedans de l'artère.

Anastomoses transversales nombreuses entre les deux veines, et entourant l'artère.

*Veine basilique.*

Située au bras, entre l'aponévrose et la peau, à la région interne, suit un trajet identique à celui de l'artère.

*Veine médiane basilique.*

Située au pli du coude superficiellement, suit, au-dessus de la branche interne du V dessiné par les saillies musculaires, un trajet superposé à peu près exactement à celui de l'artère.

*Vaisseaux lymphatiques.*

Trois ou quatre tronc, parallèles à l'artère et présentant deux ou trois *ganglions* sur leur trajet (*ganglions sus-épitrochléens*).

*Nerf médian.*

Situé en haut au côté externe de l'artère, la croise vers la partie moyenne du bras en passant soit au-devant d'elle, soit en arrière, et lui devient interne.

Au pli du coude, nerf médian est séparé de l'artère par le faisceau coracoïdien du rond pronateur.

*Nerf musculo-cutané.*

Situé sur un plan plus antérieur que l'artère humérale, s'éloigne d'elle bientôt pour cheminer entre le muscle biceps et le brachial antérieur.

*Nerf brachial cutané interne et son accessoire.*

Situés à la partie interne de l'artère, puis perforant l'aponévrose pour devenir sous-cutanés.

Au pli du coude, quelques filets se retrouvent entourant la veine médiane basilique et par conséquent étant situés au-devant de l'os.

*Nerf cubital.*

En haut situé vers la partie postérieure de l'artère dont il est séparé par la cloison intermusculaire interne.

Il descend dans l'épaisseur du muscle vaste interne et par conséquent s'éloigne de plus en plus de l'artère.

Au pli du coude il en est séparé par toute l'épaisseur de l'extrémité intérieure de l'humérus.

**Branches collatérales.**

a) *Rameaux musculaires.*

En très grand nombre, pour le biceps, coraco brachial, brachial antérieur, triceps, deltoïde.

b) *Rameaux périostiques* pour l'humérus.

c) *Rameau nourricier de l'humérus.*

Naît en général indirectement d'une artère musculaire.

d) *Rameau deltoïdien.*

*Origine.*

Face externe de l'humérale.

*Trajet.*

En dehors.

*Terminaison.*

Partie inférieure du deltoïde et partie supérieure du brachial antérieur.

e) *Artère collatérale externe ou humérale profonde.*

*Origine.*

Partie postérieure de l'humérale au niveau du bord inférieur du grand rond.

Quelquefois part d'une des branches circonflexes de l'artère axillaire (Sappey).

*Trajet.*

En bas, en dehors et en arrière, gagne, en passant entre la longue portion et la portion interne

du triceps, la gouttière dite de torsion de l'humérus (dans la gouttière du nerf radial d'après Poirier).

Arrive au niveau du bord externe de l'humérus.

*Rapports.*

*En arrière.*

— Longue portion, portion externe du triceps brachial.

*En avant.*

— Face postérieure de l'humérus.

*En bas.*

— Insertions supérieures du vaste interne.

*Dans la gouttière osseuse.*

— Nerf radial.

*Terminaison.*

Division en deux branches.

α) *Branche superficielle.*

Accompagne le nerf radial et arrive dans l'interstice qui, au pli du coude, sépare le long supinateur et le premier radial du brachial antérieur.

Elle s'y anastomose avec *l'artère récurrente radiale antérieure*, branche de l'artère radiale.

β) *Branche profonde.*

Se distribue au vaste interne et en arrière de l'épitrochlée, s'anastomose avec l'artère récurrente cubitale postérieure — et artère récurrente radiale postérieure.

*Branches collatérales.*

*Musculaires.*

Grand rond, grand dorsal, triceps.

*Périostiques et osseux.*

*Cutanés* (face postérieure du bras).

f) *Artère collatérale interne supérieure* ou *branche superficielle de la portion interne du triceps* (Sappey).

*Origine.*

Un peu au-dessous de l'humérale profonde.

*Trajet.*

En bas et en arrière.

— Perfore la cloison intermusculaire interne.

— Descend sur la face antérieure de la portion interne du triceps jusqu'à l'olécrâne.

— Est l'artère satellite du nerf cubital.

*Distribution.*

— Triceps, brachial antérieur.

*Terminaison.*

— Au niveau de l'épitrochlée par anastomose avec les artères récurrentes cubitales et radiales.

g) *Branche superficielle du brachial antérieur* (Sappey).

*Origine.*

Naît un peu au-dessous de l'artère précédente.

*Trajet.*

Au-devant du brachial antérieur.

*Terminaison.*

S'anastomose au-devant de l'épitrochlée avec les artères collatérales internes et récurrente cubitale antérieure.

h) *Artère collatérale interne et inférieure.*

*Origine.*

A 4 centimètres au-dessus de l'interligne du coude.

*Trajet.*

En bas et en dedans.

*Rameaux collatéraux.*

Muscle brachial antérieur ; muscle rond pronateur.

*Terminaison.*

Au-devant de l'épitrochlée en s'anastomosant avec les artères récurrentes cubitales antérieure et postérieure.

Quelques rameaux passent en arrière de l'épitrochlée en traversant la cloison intermusculaire interne, se distribuent au triceps, au périoste (Sappey).

Enfin une branche passe transversalement en arrière de la cavité olécrânienne.

## Branches terminales.

*Artère radiale; artère cubitale.*

Nées par bifurcation de l'humérale au pli du coude, et destinées à irriguer l'avant-bras et la main.

---

# MUSCLE TRICEPS-BRACHIAL

**Définition. — Situation.**

Muscle situé à la région postérieure du bras dans une région délimitée en arrière par l'aponévrose brachiale, en avant par l'humérus et les cloisons intermusculaires interne et externe. Il s'étend depuis l'omoplate et la face postérieure de l'humérus jusqu'à l'olécrane.

**Forme.**

Simple en bas, divisé en haut en trois portions : longue portion, vaste externe, vaste interne.

**Description.**

Insertions supérieures.

A. *Longue portion.*

Naît :

1. Sur une facette triangulaire rugueuse située au-dessous de l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde le long du bord axillaire de l'omoplate.

2. Du bourrelet glénoïdien (partie adjacente).

3. Aponévrose du grand dorsal par une arcade fibreuse passant au-dessous du muscle grand rond.

L'insertion supérieure principale se fait par deux lames aponévrotiques juxtaposées, unies par leurs bords et figurant un cône creux de la surface interne duquel partent les fibres charnues.

Corps charnu descend verticalement et les fibres viennent se fixer à la face postérieure d'un tendon aplati, qui bientôt par son bord externe recevra la terminaison inférieure du vaste externe.

B. *Vaste externe.*

Naît de la partie supérieure de la face postérieure de l'humérus au-dessus de la gouttière de torsion, qu'il dépasse un peu en bas d'un demi-centimètre environ en formant au-dessus d'elle une arcade sous laquelle passe le nerf radial.

Corps charnu est formé de fibres dont les supérieures descendent verticalement en bas et se fixent à la face postérieure du tendon de terminaison de la longue portion ; et les inférieures descendent d'autant plus obliquement qu'elles sont plus inférieures et se terminent sur une aponévrose allant se confondre avec le tendon de la longue portion.

C. *Vaste interne.*

Naît :

1. De la partie inférieure de la face postérieure de l'humérus sous-jacente à la gouttière de torsion jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la fossette olécrânienne.

2. Des cloisons musculaires interne et externe.

Corps charnu formé de fibres qui se dirigent obliquement en bas et en dehors, convergent ensemble sur la face antérieure d'un tendon qui résulte de l'union des aponévroses inférieures de la longue portion et du vaste externe.

Insertion inférieure.

Tendon inférieur se dirige verticalement en bas et se fixe.

1. A la face supérieure de l'olécrâne (moitié postérieure).

2. Par des expansions aux deux bords latéraux de l'olécrâne.

Entre le tendon et la face postérieure de l'humérus existe le petit *muscle sous-anconé* (Theile), formé de deux faisceaux qui s'insèrent au-dessus de la fossette olécrânienne, près du bord externe et du bord interne de l'humérus, convergent l'un vers l'autre et s'insèrent à la capsule articulaire du coude.

**Rapports.**

LONGUE PORTION.

*Au niveau du tendon supérieur.*

*En avant.*

Tendon du grand dorsal et du grand rond.

Ce tendon limite en dedans avec le tendon du grand rond en bas, le petit rond en haut, l'humérus en dehors, un espace quadrilatère où passent l'artère circonflexe postérieure et le nerf circonflexe — et un deuxième espace situé en dedans du précédent, limité par le petit rond en haut et le grand rond en bas, et de forme triangulaire où passe l'artère sous-scapulaire.

*En arrière.*

Deltoïde.

*Plus bas.*

*En avant.*

Face postérieure de l'humérus.

*En arrière.*

Aponévrose brachiale.

VASTE EXTERNE.

*En avant.*

— Cloison intermusculaire externe.

— Humérus, gouttière du nerf radial, nerf radial, artère humérale profonde.

*En arrière.*

— Aponévrose, peau.

*En dehors.*

— Origine des muscles long supinateur et premier radial externe.

VASTE INTERNE.

*En arrière.*

— Aponévrose, peau.

*En avant.*

— Cloison intermusculaire interne.
— Muscle brachial antérieur.

*En bas.*

— Se confond intimement avec le muscle anconé.

*Dans son épaisseur.*

— Nerf cubital.

TENDON COMMUN.

*En avant.*

— Humérus, articulation huméro-cubitale et sa capsule.
— Prolongement sous-tricipital de la synoviale articulaire.

*En arrière.*

— Bourse séreuse olécrânienne.
— Aponévrose, peau.

**Irrigation.**

— Branches de l'artère humérale profonde.
— Artère de la portion interne du triceps ou artère collatérale interne supérieure.

**Innervation.**

— Branches du nerf radial (une ou plusieurs pour chacune des trois portions musculaires).
— Un filet du vaste externe se termine dans l'anconé.

**Physiologie.**

*Point fixe sur l'humérus.*

Les deux vastes agissent énergiquement pour amener l'extension de l'avant-bras sur le bras.

*Point fixe sur l'omoplate.*

La longue portion amène également l'extension de l'avant-bras.

Maintient l'humérus en contact avec la cavité glénoïde.

# SYMPTOMES DES FRACTURES DE L'HUMÉRUS

**Division.**

1. *Fractures du corps de l'humérus.*

   Les plus fréquentes.

2. *Fractures de l'extrémité supérieure.*
3. *Fractures de l'extrémité inférieure.*

   Ces deux dernières variétés sont moins fréquentes; c'est cependant sur elles qu'il faudra insister, et, en particulier, sur celles de l'extrémité supérieure (fractures du col). En effet, la symptomatologie des fractures de la diaphyse est tellement nette (c'est celle qui sert à la description de la fracture des os longs en général), tellement évidente, qu'il sera inutile de s'y étendre; tandis que les fractures des extrémités présentent des signes spéciaux, et sont, pour la majorité des cas, d'un diagnostic difficile.

## A. Symptômes des fractures du corps de l'humérus.

Succédant soit à un traumatisme direct ou indirect, soit, et c'est assez fréquent, à la contraction musculaire, elle siège principalement à l'union des tiers moyen et inférieur.

1. Signes fonctionnels.

   *Douleur.*
   *Impotence du membre.*

2. Signes physiques.

   a) *Inspection.*

   Déformation du bras, qui, gonflé, semble

raccourci et présente parfois une coudure marquée de son axe.

b) *Palpation.*

— Flexibilité anormale de l'humérus.

— Saillie angulaire des fragments, lorsqu'on recherche la mobilité anormale.

— Crépitation, qui pourra quelquefois être absente par interposition de fibres musculaires entre les fragments.

Ce sont donc les signes classiques des fractures des os longs, et il est inutile d'insister.

Signaler, à titre de complications, la fréqnence de :

a) *Lésions vasculaires.*

b) *Lésions nerveuses.*

Du radial en particulier, qui sera déchiré ou contusionné au moment du traumatisme, et surtout qui plus tard pourra être comprimé par un cal exubérant.

c) *Fréquence des pseudarthroses.*

## B. Symptômes des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Ces fractures, considérées au point de vue anatomique, doivent être divisées en :

a) *Fractures de la tête humérale* (en dedans du col anatomique.)

b) *Fractures des tubérosités.*

c) *Fractures du col anatomique.*

d) *Fractures du col chirurgical ; ces dernières étant, de beaucoup, les plus fréquentes.*

Au point de vue clinique, ces variétés disparaissent devant la difficulté du diagnostic, et, comme le dit Rieffel, la plupart du temps on devra se contenter du diagnostic de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont le diagnostic différentiel, avec la contusion simple de l'épaule, certaines fractures du col de l'omoplate, et certaines variétés de luxations de l'épaule ne sera déjà pas si aisé.

Donc, dans leur étude clinique, insister sur la variété de beaucoup la plus fréquente, les fractures du col chirurgical ; disons quelques mots sur celles du col anatomique, et laissons de côté les fractures isolées de la tête et des tubérosités qui sont exceptionnelles.

1. Symptomes des fractures du col chirurgical de l'humérus.

Elles se rencontrent principalement chez des gens âgés, chez l'homme, et succèdent le plus souvent à un traumatisme direct de l'épaule (coup, chute), parfois à une chute sur le coude ou la main.

Signes fonctioniels.

Douleur et impotence.

Signes physiques.

a) *Inspection.*

— Le blessé a l'attitude des traumatisés de l'épaule ; en outre, le bras est parfois écarté du tronc et semble un peu porté en avant.

— Déformation de l'épaule qui est globuleuse, avec une encoche à la partie externe à 5 à 6 centimètres au-dessous de l'acromion.

— Ecchymoses presque constantes sur l'épaule, la face interne du bras, et parfois descendant sur la paroi thoracique. Elles apparaissent au bout de deux ou plusieurs jours.

— Raccourcissement du bras (1 à 3 centimètres).

b) *Palpation.*

— Elargissement du moignon de l'épaule.

— Saillie dure faisant bomber le sillon pectoro-deltoïdien.

— Dépressibilité du deltoïde à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'acromion.

— Douleur localisée en ce point.

— Crépitation ; s'obtient en mettant une main à plat sur l'épaule et en déterminant avec l'autre des mouvements de rotation du coude.

— Mobilité anormale plus ou moins nette.

Dans les cas d'engrènement des fragments, une partie de ces signes disparaissent ; il reste la douleur, l'impotence et l'ecchymose.

2. Fractures du col anatomique.

Mêmes signes, mais moins nets.

Comme signes spéciaux (Hennequin) :

— Crépitation plus fine.

— Raccourcissement à peu près nul.

— Peu de changement de l'axe du bras.

— Deltoïde peu dépressible.

Quant aux complications des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, citer seulement les principales :

— Lésions vasculaires ou nerveuses.

— Arthrite et ankylose fibreuse de l'articulation.

## C. Symptômes des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Rentrent dans les fractures du coude de certains auteurs.

Variétés nombreuses ; en admettre seulement trois dans la description clinique.

1. *Fractures du condyle interne* (ce dernier comprend l'épitrochlée et la trochlée).

2. *Fractures du condyle externe* (épicondyle et condyle huméral).

3. *Fractures sus-condyliennes* (séparant p. c. complètement l'extrémité inférieure du corps de l'os, et comprenant une variété assez fréquente, dans laquelle, en plus de la fracture sus-condylienne, il y a fracture intercondylienne : fracture à trois fragments).

D'une manière générale, ces fractures sont fréquentes, se rencontrant surtout chez l'enfant et l'adolescent où elles constituent la majeure partie des fractures du coude.

Les fractures isolées des condyles, et en particulier du condyle externe, sont les plus fréquentes.

1. Fractures sus-condyliennes.

— Tuméfaction au-dessus et au niveau du pli du coude.

— Douleur à la pression.

— Mobilité anormale et crépitation.

— Le fragment inférieur peut chevaucher en arrière, élargissant le coude dans le sens antéro-postérieur, et laissant en avant et en arrière percevoir la saillie des fragments (cependant l'épitrochlée, l'épicondyle, l'olécrâne ont leurs rapports normaux ; signe distinctif de la luxation du coude en arrière).

— Raccourcissement du bras.

— Réduction facile à obtenir, mais ne se maintenant pas (c'est le contraire dans la luxation).

*Il peut y avoir, en même temps, fracture intercondylienne.*

C'est la fracture en T.

Mêmes signes et, en plus, mobilité spéciale de l'épicondyle d'un côté ; de l'épitrochlée, de l'autre, qui, rapprochés, donneront de la crépitation.

Fréquence de l'hémarthrose.

2. Fractures du condyle externe.

On a un petit fragment externe, mobile, crépitant, parfois déplacé en arrière, et en même temps, douleur, ecchymose à la partie externe du coude, et le plus souvent de l'hémarthrose.

3. Fractures du condyle interne.

Mêmes signes, mais en dedans. La douleur et la crépitation sont obtenues nettement en faisant exécuter des mouvements de flexion et de supination.

Enfin, pour terminer cette revue des fractures de l'humérus, dire qu'il existe également :

1. Le décollement de l'épiphyse humérale supérieure.

2. La divulsion traumatique de l'épiphyse humérale inférieure.

---

# HYDARTHROSE

## Définition.

L'hydarthrose est une affection articulaire chronique, caractérisée par la présence d'un liquide séreux plus ou moins abondant dans la cavité synoviale (Lagrange).

Le plus souvent, comme nous le verrons, elle n'est qu'un symptôme, succédant à un traumatisme, ou survenant au cours d'une arthrite infectieuse. On a même nié l'existence de l'hydarthrose idiopathique, de l'hydarthrose en tant qu'entité morbide, et c'est exact ; on peut cependant admettre une hydarthrose spéciale, non microbienne et non traumatique, l'hydarthrose proprement dite, celle sur qui, ici, il faudra insister, et qu'avec Mauclaire nous considérerons comme symptomatique d'une synovite plastique articulaire non microbienne.

## Classification et étiologie.

On peut admettre les variétés suivantes.

1. *Hydarthroses infectieuses.*

Fréquentes, représentant souvent le début d'une arthrite tuberculeuse.

La syphilis, la blennorrhagie, le rhumatisme en peuvent également être la cause.

Enfin, plus rarement, on trouvera l'hydarthrose scarlatineuse, varioleuse, lymphangitique.

2. *Hydarthroses par irritations mécaniques.*

Par traumatisme articulaire (coups, chutes), par fractures voisines, par corps étrangers intra-articulaires.

3. *Hydarthroses nerveuses.*

A la suite d'altérations des cordons nerveux et

surtout des centres. Le type est l'hydarthrose tabétique.

4. *Hydarthroses par transsudation.*

Ce sont les hydarthroses de la phlegmatia alba dolens ; des œdèmes cardiaques ou cachectiques.

5. *Hydarthrose par synovite plastique articulaire.* (*Hydarthrose proprement dite, de Mauclaire*).

Ces variétés indiquées, dire que l'hydarthrose se rencontre principalement chez l'homme, l'adulte, et que les professions pénibles, les saisons froides et humides y prédisposent.

## Anatomie pathologique.

On ne peut ici faire complètement l'anatomie pathologique des hydarthroses ; les lésions variant bien entendu selon la nature (tuberculose, syphilis, tabes, etc. et le moment de l'évolution.

Il faut se borner à quelques indications générales se rapportant surtout à l'hydarthrose, par synovite plastique.

Siège.

Les grandes articulations surtout (genou, hanche, épaule). C'est le genou qui est le plus fréquemment frappé, et c'est l'hydarthrose du genou qui sert toujours à la description générale.

Liquide contenu.

Citrin et clair, parfois trouble et chargé de flocons albumineux ; coagulable par la chaleur.

Quantité : quelques grammes à 5 et 700.

Etat de la synoviale.

Dilatée et très notablement épaissie, surtout par places ; vascularisée et portant parfois des plaques de tissu cartilagineux.

Villosités et développement exagéré des franges sur la face interne.

Sectionnée, elle s'affaisse mal ; d'autant plus que les ligaments articulaires, eux aussi, ont été distendus.

## Symptômes.

Début toujours insidieux et lent. L'articulation prise augmente de volume et devient douloureuse.

*a*) Etude a la période d'état.

Prendre le cas le plus fréquent, l'hydarthrose du genou.

1. *Signes physiques.*

*Inspection.*

La région articulaire est modifiée ; et, à première vue, l'articulation paraît augmentée de volume.

Les dépressions normales sont effacées, le genou est devenu globuleux, arrondi.

Le cul-de-sac sous-tricipital est gonflé, et les culs-de-sac latéraux font saillie, déterminant une dépression médiane anormale, due à la présence du tendon rotulien et de la rotule.

*Palpation.*

En premier lieu, la main perçoit la tension intra-articulaire, et la réplétion des culs-de-sac.

La fluctuation s'y obtient facilement.

Embrassant l'articulation, avec une main placée sous la rotule, l'autre au-dessus, tendant à rapprocher ces deux mains, ce qui comprime et ramasse en un point central, sous la rotule, tout le liquide articulaire, d'un index laissé libre, on presse brusquement sur la face antérieure de la rotule.

La rotule déplacera le liquide (onde perçue par la main qui comprime le cul-de-sac sous-tricipital) et ira frapper les condyles fémoraux (phénomène du choc rotulien).

— Enfin, on palpera attentivement le creux poplité, où l'on constatera parfois un kyste séreux, tendu, volumineux, quelquefois réductible, et à point de départ articulaire.

2. *Signes fonctionnels.*

*Impotence.*

Très relative ; c'est plutôt de la raideur.

*Douleur.*

Légère.

Le malade met toujours sa jambe dans la demi-flexion, qui relâche ses ligaments articulaires et donne à sa synoviale le maximum de capacité.

3. *Signes généraux.*

Sous la dépendance de l'affection causale, nuls en général.

*b*) Evolution, terminaison.

De durée considérable, même avec une thérapeutique active.

Il restera toujours une articulation moins résistante, qui pourra à nouveau être le siège d'une hydarthrose ; ou d'une localisation infectieuse (tuberculose).

Ne pas oublier de parler ici de l'atrophie musculaire concomitante, qui siègera sur les muscles extenseurs de l'articulation (quadriceps fémoral) et qui a une grande importance pour l'avenir (impotence fonctionnelle du membre ; fréquence des entorses).

Quant aux autres articulations, lorsqu'elles sont atteintes d'hydarthrose, elles présentent les mêmes signes, rendus moins nets, surtout par leur situation relativement profonde (épaule, hanche) et par la moins grande capacité de leur synoviale.

— *A l'épaule*, c'est dans le sillon pectoro-deltoïdien qu'il faudra chercher le gonflement synovial et la fluctuation.

— *Au coude*, c'est en arrière, de chaque côté de l'olécrâne.

— *Au coup de pied*, c'est en avant.

**Diagnostic.**

1. *Différentiel.*

— *Œdème de la région péri-articulaire.*

— *Hygroma des bourses séreuses voisines.*
— *Arthrite aiguë avec épanchement.*
— *Fausse fluctuation des fongosités synoviales.*
— *Hémarthrose.*
Avec début brusque, traumatique.
Ponction exploratrice.

2. *Etiologique.*

Différencier les diverses variétés d'hydarthrose, et, en cas d'éliminations successives, arriver au diagnostic d'hydarthrose proprement dite, symptomatique d'une synovite plastique articulaire.

**Traitement.**

Diverses méthodes (Mauclaire).

1. *Révulsion.*

Teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu.

2. *Massage.*

3. *Immobilisation avec ou sans compression.*

4. *Ponction simple ou suivie d'injections modificatrices (solution phéniquée).*

5. *Arthrotomie.*

En résumé :

1. *Au début.*

Pointes de feu; immobilisation ; et surtout compression ouatée bien faite.

2. *Plus tard, si persistance.*

Arthrotomie, lavage et nettoyage articulaire.

3. *Pendant la convalescence.*

Douches chaudes; massage articulaire et surtout musculaire.

---

# CATHÉTÉRISME DE L'ŒSOPHAGE
# LAVAGE DE L'ESTOMAC

Le cathétérisme de l'œsophage se pratique dans deux buts fort différents :

1. Dans le but d'explorer l'œsophage, de traiter une affection de ce conduit, ou de parer aux troubles fonctionnels que cette affection peut déterminer.

En dehors de la question de l'extraction des corps étrangers et de l'opération de l'œsophagotomie interne, questions fort spéciales, dans lesquelles on se sert d'instruments appropriés (panier de Græfe, pinces, œsophagotome) et que nous n'étudierons pas ici ; nous considérerons comme appartenant à cette première classe :

*a*) Le cathétérisme explorateur proprement dit qui permet de constater la perméabilité du conduit, ou aide au diagnostic des spasmes œsophagiens, des rétrécissements, des tumeurs du conduit (cancer), de la présence d'un corps étranger.

*b*) Le cathétérisme dilatateur, qui sert à traiter les rétrécissements de l'œsophage et rétablit momentanément tout au moins sa perméabilité.

2. Dans le but de faire pénétrer une sonde dans l'estomac (c'est le cathétérisme de l'œsophage et de l'estomac).

Dans cette deuxième classe nous avons :

*a*) Le cathétérisme destiné à établir entre l'estomac et l'extérieur une voie spéciale, indépendante de l'état des voies digestives supérieures, et surtout de la volonté du malade.

1. Chez les gens ayant de l'imperméabilité

œsophagienne par spasmes, rétrécissements, tumeurs.

2. Chez les malades chez qui il permet d'introduire dans l'estomac un surcroît d'aliments (gavage des phtisiques).

3. Chez les aliénés ou les hystériques qui refusent de manger.

4. Chez des opérés de la bouche, du pharynx ou du larynx, qui évitent ainsi les premiers jours une source d'infection de leur plaie.

Dans tous ces cas on peut, si on le juge utile, laisser plus ou moins longtemps une sonde à demeure, surtout si elle a été introduite par les narines.

*b*) Le cathétérisme destiné à évacuer ou à laver l'estomac. C'est celui qui est de beaucoup le plus fréquemment pratiqué.

1. Dans les cas d'intoxications aiguës, il peut, immédiatement pratiqué, permettre d'évacuer la majeure partie de la substance toxique avant son absorption.

2. Dans certaines auto-intoxications (Excellents résultats obtenus par M. Hutinel dans le traitement des infections gastro-intestinales du premier âge).

3. Dans certaines affections stomacales (dilatation ; hyperchlorhydrie, etc.).

*c*) Et à côté de ces cathétérismes thérapeutiques, si on peut les nommer ainsi, le cathétérisme fait dans un but uniquement diagnostique, et qui est le complément de l'exploration gastrique.

1. Cathétérisme évacuateur du liquide de la digestion, du liquide résidual en temps normal, ou après un repas d'épreuve (examen du chimisme stomacal).

2. Cathétérisme destiné à permettre la distension artificielle de l'estomac en y injectant des quantités déterminées d'air.

3. Cathétérisme permettant d'introduire dans

l'estomac des appareils spéciaux d'éclairage (gastrodiaphanie et gastroscopie).

Nous venons ainsi de passer en revue les diverses variétés de cathétérisme œsophagien et stomacal et d'en voir les indications respectives. Il nous faut passer à l'étude du manuel opératoire.

Nous considérerons successivement :

1. Le cathétérisme explorateur de l'œsophage.
2. Le cathétérisme dilatateur.
3. Et nous insisterons surtout sur la troisième variété qui permet l'évacuation et le lavage de l'estomac, dans lequel du reste le manuel opératoire du cathétérisme proprement dit ne diffère guère des deux autres.

## 1. Cathétérisme explorateur.

a) *Instruments.*

On emploie l'explorateur à boule, composé d'une tige de baleine longue et flexible, à l'extrémité de laquelle peuvent se visser une série d'olives de diamètre différent.

b) *Position du malade ; soins préliminaires.*

Le malade est assis, la tête droite, ou mieux légèrement inclinée en avant.

On peut avantageusement anesthésier le voile du palais en le badigeonnant avec une solution de cocaïne à 1 p. 50.

On trempe ensuite la boule du cathéter dans de l'huile aseptique.

c) *Introduction du cathéter.*

L'opérateur est debout, face au malade, et déprime la langue de l'index gauche fortement enfoncé.

Le cathéter à boule, tenu de la main droite comme une plume à écrire, est enfoncé sur la face dorsale de l'index gauche ; il arrive à la face postérieure du pharynx et descend jusqu'à l'orifice supérieur de l'œsophage. A ce moment on éprouve une sensation d'arrêt, une pression douce en a raison, la boule exploratrice est dans l'œsophage et n'éprouvera plus de résistance

jusqu'à son entrée dans l'estomac. Elle se retirera avec la plus grande facilité.

Le cathétérisme est donc facile ; le sujet pourra éprouver de la gêne respiratoire au début.

Le seul danger est de pénétrer dans le larynx, on en sera averti par une douleur vive et une toux convulsive.

d) *Renseignements donnés par le cathétérisme.*

Il faut savoir :

1. Que l'œsophage a de 22 à 25 centimètres de long et que son orifice supérieur est distant de 15 centimètres de l'arcade dentaire supérieure.

2. Que sa portion cervicale a 4 centimètres ; sa portion thoracique 16 à 18, et l'abdominale 2 à 3.

En outre, on commencera l'exploration en prenant une boule volumineuse. Le point où elle ne pourra passer sera le siège du rétrécissement ou de la tumeur, et on en diagnostiquera le siège exact en mesurant la portion du cathéter qui a pu pénétrer.

Prenant alors des boules de plus en plus petites, on évaluera d'après la grosseur de celle qui passe le degré du rétrécissement ; et enfin, en retirant la boule, on éprouvera une résistance et un ressaut, lorsqu'elle arrivera à la partie inférieure du rétrécissement.

L'exploration de l'œsophage peut donc donner des résultats exacts.

Il faudra cependant procéder avec une douceur toujours parfaite, afin de ne pas déterminer de perforations ; il faudra également se méfier de l'existence d'un anévrysme aortique comprimant l'œsophage, et dans lequel le cathéter pénétrerait. Enfin, dans les cas de cancer de l'œsophage, il faudra être sobre d'exploration.

## 2. Cathétérisme dilatateur.

Même manuel opératoire. Les instruments changent seuls. On se sert, soit de grosses bougies à olives, soit surtout des bougies cylindro-coniques du professeur Bouchard.

On pratique la dilatation progressive temporaire.

### 3. Cathétérisme pour gavage ou lavage.

Etudier successivement.

*a*) Le cathétérisme par voie buccale.

*b*) Le cathétérisme par voie nasale.

*c*) Le cathétérisme chez l'enfant en bas âge.

*A*. Cathétérisme par voie buccale.

Appareils multiples :

*a*) Sonde œsophagienne en gomme, avec ou sans pompe stomacale.

*b*) Tube de Faucher.

*c*) Tube de Ruault.

*d*) Sonde à double courant d'Aud'honi.

Actuellement, on se sert presque exclusivement du tube de Faucher, dans les cas où il y a simplement à évacuer et à laver l'estomac.

La sonde en gomme s'introduit comme un cathéter ; la manœuvre de la pompe est facile à comprendre, aussi, ne parlerons-nous que du tube de Faucher ou appareils similaires.

— Cet appareil comprend :

1. Une grosse et longue sonde en caoutchouc rouge souple, portant à son extrémité stomacale, arrondie, deux orifices (c'est en somme une grosse sonde de Nélaton).

2. Un vaste entonnoir en verre, qu'on fixe à l'extrémité de la sonde.

La sonde a une longueur de 1 m. 50 et porte, à 50 centimètres environ de son extrémité stomacale, une marque indiquant la longueur à introduire dans les voies digestives, à partir des arcades dentaires.

a) *Introduction.*

Même méthode ; mais lorsque la sonde touche la paroi postérieure du pharynx, il faut que le sujet exécute des mouvements répétés de déglutition qui la feront pénétrer et descendre dans l'œsophage. On fait continuer les mouvements de

déglutition, en laissant respirer par instant le malade ; la sonde arrive ainsi dans l'estomac.

Cette manœuvre est si facile, qu'au bout de quelques fois, le sujet fait son cathétérisme, et exécute son lavage tout seul.

*b*) *Lavage.*

L'entonnoir maintenu à la hauteur du thorax, le remplir du liquide choisi (eau de Vichy le plus souvent), l'élever un peu au-dessus de la tête du patient.

Le liquide file dans l'estomac ; lorsque l'entonnoir va finir de se vider, l'abaisser en le renversant dans un vase placé aux pieds du patient. Le siphon, ainsi formé, évacue tout le liquide stomacal.

On fait ainsi plusieurs lavages sans retirer la sonde, jusqu'à ce que le liquide ressorte limpide.

*c*) *Gavage.*

Est en général précédé d'un lavage alcalin, puis on introduit les principes nutritifs (œufs, lait, jus de viande, peptones) et on ne renverse pas le tube.

*B*. Cathétérisme par voie nasale.

On se sert soit du tube de Faucher, soit de la sonde de Baillarger moins volumineuse. Lorsqu'on emploie une sonde molle, il est nécessaire de la munir d'un mandrin.

On conduit la sonde sur le plancher de la narine droite, et on pousse lentement et progressivement en faisant fortement renverser la tête.

Il faut, par ce procédé, se méfier encore plus des fausses routes, surtout dans les voies respiratoires.

*C*. Cathétérisme chez l'enfant en bas age.

On se sert d'une simple sonde de Nélaton, sonde à urèthre (n° 16) en caoutchouc.

On pince le nez de l'enfant ; il ouvre la bouche, ce qui permet d'introduire la sonde, qu'il déglutit en même temps qu'on exerce une légère pression.

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES (1 A 24)*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 22**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Veines superficielles du membre supérieur.** |
| II. | — . . . | **Nerf médian.** |
| III. | — . . . | **Muscles extenseurs des doigts.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Fractures de l'extrémité inférieure du radius.** |
| II. | — . . . | **Paralysie radiale.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# VEINES SUPERCIELLES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

## Définition.

Les veines superficielles du membre supérieur s'étendent depuis la main jusqu'au niveau de la racine du membre, point où elles se jettent dans les veines profondes. Elles sont situées dans le fascia superficialis au-dessous de la peau, au-dessus de l'aponévrose.

## Embryologie.

Ces veines sont les seules existant chez l'embryon pour le membre supérieur et seules ramenant vers le cœur le sang de ce membre.

## Généralités.

Aucune artère parallèle à elles.

Epaisses, volumineuses, plus volumineuses même que les veines profondes. Plus petites chez l'enfant et la femme, plus saillantes chez les sujets musclés.

Accompagnées par des vaisseaux lymphatiques superficiels et des nerfs cutanés.

Anastomoses entre elles, formant de grandes mailles allongées dans le sens du courant.

## Description.

*A.* Veines superficielles de la main.

a) *Veines des doigts.*

*Origine.*

— Parties molles de la dernière phalange.

α) *Réseau sous-unguéal.*

Situé à la face dorsale de cette troisième phalange et se résumant en une *arcade péri-unguéale*, entourant la périphérie de l'ongle.

De la partie médiane convexe de cette veine péri-inguéale part une veine médiane qui se dirige en haut sur la face dorsale des phalanges.

β) *Réseau pulpaire.*

Situé dans la pulpe du doigt; riches veinules renflées par place en glomérules, forment des arcades à concavité supérieure.

Vont, par un trajet oblique sur les faces latérales du doigt, rejoindre la veine médiane dorsale.

De l'union de toutes ces veines résulte à la face dorsale du doigt un riche réseau veineux : *réseau dorsal,* qui aboutit à la face dorsale de la première phalange à une arcade à concavité supérieure : *arcade dorsale ou arcade digitale.*

Des extrémités de laquelle partent deux veines qui, continuant leur direction en haut sur les parties latérales de la face dorsale du doigt, aboutissent chacune à un espace intermétacarpien où elles s'unissent à une veine semblable du doigt voisin pour former une *veine métacarpienne.*

Le réseau dorsal reçoit chemin faisant des veinules qui viennent de la face palmaire du doigt en contournant les faces latérales de ce doigt.

b) *Veines du métacarpe et du carpe.*

*Face dorsale.*

*Veines métacarpiennes* ayant leur origine au niveau de la commissure interdigitale, y reçoivent les *veines interdigitales*, venant de la face palmaire de la première phalange et de la région voisine de la paume de la main.

Ces veines métacarpiennes, au nombre de quatre, s'anastomosent entre elles, formant soit une *arcade dorsale du métacarpe*, soit un *réseau dorsal* avec des mailles irrégulières. Au niveau des bords radial et cubital de la main, l'arcade, si elle existe, se termine par ses extrémités dans les veines marginales. Si l'arcade n'existe pas, c'est le réseau dorsal qui, au niveau de ses bords, aboutit aux veines marginales.

Les veines marginales sont :

*En dehors.*

— *Veine céphalique du pouce.*

*En dedans.*

— *Veine salvatelle du petit doigt.*

α) *Veine céphalique du pouce.*

Longe le bord radial du premier métacarpien, reçoit en dedans la veine métacarpienne de l'index.

Forme l'origine de la *veine radiale superficielle.*

β) *Veine salvatelle du petit doigt.*

Naît de l'extrémité interne de *l'arcade dorsale* du petit doigt.

Longe le bord interne du cinquième métacarpien. Reçoit, soit l'extrémité interne de l'arcade dorsale du métacarpe, soit les branches internes du réseau dorsal du métacarpe suivant que l'un ou l'autre existe, et va former l'origine de la *veine cubitale superficielle.*

*Face palmaire.*

Veinules petites, peu abondantes, situées dans le pannicule graisseux sous-cutané, aboutissent à une *arcade palmaire veineuse sous-cutanée*, concave en haut, communiquant par ses deux extrémités avec l'arcade dorsale. Les veinules nées au-devant de la partie moyenne du carpe formant la *veine médiane de l'avant-bras.*

*B.* Veines superficielles de l'avant-bras.

Sont au nombre de trois principales : veine radiale, veine cubitale, veine médiane.

a) *Veine radiale superficielle.*

*Origine.*

— Continue la veine céphalique du pouce. Sa partie initiale est donc située à la face dorsale de la main, au niveau du poignet.

*Trajet.*

Dirigé en haut, contourne le bord externe de l'avant-bras, puis chemine à la face antérieure au-devant du muscle long supinateur.

*Terminaison.*

Au niveau du pli du coude, par anastomose d'après les classiques avec la veine médiane céphalique — en formant elle-même les deux veines médianes céphalique et basilique d'après Bardleben, Marcellin Duval, Theile, Poirier.

*Rapports.*

Cheminant parallèlement à elles : filets nerveux, vaisseaux lymphatiques.

*Branches collatérales.*

— Branches externes du réseau dorsal de la main.

— Veines de la face antérieure et de la face postérieure de l'avant-bras.

*Branches anastomotiques.*

— Avec la veine cubitale superficielle.
— Avec les veines profondes :
— Arcade veineuse profonde de la main.
— Veines interosseuses antérieures.
— Veines radiales profondes.

Elle est fréquemment accompagnée par une *veine radiale accessoire*, branche réunissant, pour le jeter dans la radiale ou dans la médiane céphalique, le sang de la face postérieure de l'avant-bras.

b) *Veine cubitale superficielle.*

*Origine.*

Au niveau du quatrième espace intermétacarpien où elle continue la veine salvatelle du petit doigt et les branches internes du réseau dorsal.

*Trajet.*

Contourne le bord interne du poignet, soit au-dessus, soit au-dessous de la tête du cubitus, arrive à la face antérieure de l'avant-bras et y chemine au-devant du muscle cubital antérieur jusqu'au niveau du pli du coude.

*Terminaison.*

Au pli du coude.

*Branches collatérales.*

Venant de la face antérieure et de la face postérieure de l'avant-bras.

*Branches anastomotiques.*

— Avec l'arcade palmaire profonde.
— Avec les veines cubitales profondes.
— Avec la veine radiale superficielle.
— Avec la veine médiane.

Fréquemment parallèlement à cette veine existe une *veine cubitale accessoire* placée en arrière de la veine cubitale principale.

c) *Veine médiane.*

*Origine.*

Veinules de la face antérieure du poignet.

*Trajet.*

Oblique ou vertical au-devant du grand palmaire.

*Terminaison.*

Au pli du coude.

Quelquefois cette veine est remplacée par un réseau veineux — ou par plusieurs branches cheminant parallèlement les unes aux autres.

*C.* Veines superficielles du pli du coude.

*Disposition classique.*

*Veine médiane* se divise en deux branches : *médiane basilique* en dedans, *médiane céphalique* en dehors.

*Veine médiane basilique* s'unit en dedans à la *veine cubitale* pour former la *veine basilique* du *bras.*

*Veine médiane céphalique* s'unit en dehors à la *veine radiale* pour former la *veine céphalique* du *bras.*

D'où la figure d'un M (M veineux du pli du coude).

*Disposition décrite par Bardleben, Marcellin Duval, Theile, Poirier.*

*Veine radiale* arrive au pli du coude, se divise en deux branches : *veine médiane céphalique* et *veine médiane basilique.*

*Veine médiane basilique* se dirige en dedans, reçoit chemin faisant la *veine médiane* de l'avant-bras et se jette dans la *veine cubitale* pour former la *veine cubitale* du bras.

*Veine médiane céphalique* se dirige en dehors et s'unit à la *veine radiale accessoire* pour former la *veine céphalique du bras.*

La figure d'un M est tout aussi bien marquée que dans le cas précédent.

Que l'on adopte l'une ou l'autre des descriptions, ces deux veines, médiane céphalique et basilique ont, la même disposition.

a) *Veine médiane basilique.*

*Trajet.*

Au-devant de la branche interne du V formé au coude par les saillies musculaires.

*Rapports.*

Très superficielle et facilement visible sous la peau.

*En arrière.*

— Expansion aponévrotique du biceps.

— Artère humérale (quelquefois blessée dans la saignée portant sur la veine basilique).

— Nerf médian.

*En avant.*

— Filets cutanés du nerf brachial cutané interne.

*En dedans.*

— Bord interne du biceps.

*En dehors.*

— Saillie des muscles épitrochléens.

b) *Veine médiane céphalique.*

*Trajet.*

En haut et en dehors, au-devant de la branche externe du V formé par les saillies musculaires.

*Rapports.*

*En avant.*

— Peau ; la veine médiane céphalique est moins visible sous la peau que la précédente.

*En arrière.*

— Branches du nerf musculo-cutané.

C'est la veine que l'on doit choisir dans la saignée.

*Anastomose.*

Au niveau de la pointe de l'M, avec les veines profondes par la *veine communicante du coude.*

*D.* Veines superficielles du bras.

Ces veines sont au nombre de deux : la veine basilique en dedans et la veine céphalique en dehors.

a) *Veine basilique.*

*Origine.*

Au pli du coude, par la réunion des veines médiane basilique et cubitale.

*Trajet.*

Vertical en haut, le long de la face interne du bras.

A la partie inférieure, la veine est sous-cutanée, sus-aponévrotique.

Dans la partie supérieure, elle a perforé l'aponévrose et est devenue sous-aponévrotique.

*Terminaison.*

Se jette dans une des veines humérales, quelquefois très près du coude, d'autres fois beaucoup plus loin, peut remonter jusqu'à la veine axillaire.

*Rapports.*

*En avant.*

— Peau, puis peau et aponévrose.

*En dehors.*

— Nerf brachial cutané interne.

*Plus profondément.*

— Paquet vasculo-nerveux du bras et particulièrement nerf cubital.

— Bord interne du biceps.

*Branches collatérales.*

— Veines de la face interne et postérieure du bras.

Quelques veines profondes.

*Branches anastomotiques.*

— Avec veine céphalique, par une veine transversale passant sur la face antérieure du bras.

— Veines humérales profondes.

b) *Veine céphalique du bras.*

*Origine.*

Au pli du coude par réunion de la veine radiale avec la veine médiane céphalique.

*Trajet.*

Verticale en haut sur la face externe du bras, puis dans le sillon pectoro-deltoïdien. Plonge ensuite dans le triangle clavi-pectoral.

*Terminaison.*

Dans la veine axillaire.

*Rapports.*

Dans sa première partie verticale elle est aponévrotique.

*En dehors.*

— Peau.

*En dedans.*

— Biceps.

Dans sa seconde partie, dans le sillon pectoro-deltoïdien, elle est sous-aponévrotique.

*En bas.*

— Grand pectoral.

*En haut.*

— Deltoïde.

Parallèles à elle dans le même sillon : une branche de l'artère acromio-thoracique et des vaisseaux lymphatiques.

Par sa partie terminale elle perfore l'aponévrose du triangle clavi-pectoral en formant une crosse.

*Branches collatérales.*

Veines de la région externe du bras et de l'épaule.

*Branches anastomotiques.*

Avec la veine basilique ; avec la veine jugulaire externe.

Cette dernière anastomose passe par dessus la clavicule.

---

# NERF MÉDIAN

**Définition.**

Le nerf médian est une des grosses branches de terminaison du plexus brachial ; il est destiné principalement à innerver l'avant-bras et la main.

**Origine.**

Dans le creux de l'aisselle, par deux racines résultant de l'union des branches antérieures du plexus brachial. Ces racines sont : l'une externe, l'autre interne. La racine externe donne en même temps naissance au nerf musculo-cutané. La racine interne fournit en même temps le nerf cubital, le nerf brachial cutané interne et son accessoire.

**Trajet.**

*Au bras.*

Verticalement en bas avec une légère obliquité en avant et en dehors. Parcourt le bras en étant tout d'abord situé à sa face interne, puis plus bas, au niveau du pli du coude, à sa face antérieure.

Dans ce trajet il est compris dans la loge antérieure du bras, limitée en avant par l'aponévrose brachiale, en arrière par l'humérus et les cloisons intermusculaires, et dans la portion interne de cette loge où il chemine en même temps que l'artère humérale, les veines humérales ; le nerf musculo-cutané, le nerf cubital et le nerf brachial cutané interne, dans leur partie tout à fait initiale.

*Au pli du coude.*

Passe sous l'expansion aponévrotique du biceps et sous le chef coronoïdien du rond pronateur.

*A l'avant-bras.*

Verticalement en bas, passant sous le fléchisseur superficiel entre les insertions épitrochléennes et radiales de ce muscle.

Puis entre les deux couches musculaires de l'avant-bras.

Arrive au niveau du poignet.

*Au poignet.*

Sous le ligament antérieur annulaire du carpe au côté externe du paquet des tendons fléchisseurs.

*Dans la paume.*

Division en six branches terminales.

## Terminaison.

Dans la paume de la main par division en six branches terminales.

## Rapports.

*A l'aisselle.*

*Rapport avec le paquet vasculo-nerveux.*

Nerf médian constitué à ce niveau par ses deux racines d'origine est en rapport avec :

Artère humérale (origine) qui passe entre ses deux racines.

Veine humérale (terminaison) qui passe en dedans de la racine interne qui est ainsi située entre les deux vaisseaux.

Nerf musculo-cutané, situé en dehors et en avant.

Nerf cubital, situé en dedans et en arrière.

Nerf brachial cutané interne, situé en dedans.

*Rapports avec les muscles et aponévroses.*

*En avant.*

— Muscle coraco-brachial.

— Tendon du muscle grand pectoral.

*En arrière.*

— Tendons du grand rond et du grand dorsal.

*En dehors.*

— Humérus.

*En dedans.*

— Terminaison supérieure de l'aponévrose brachiale.

*Au bras.*

*Rapports avec le paquet vasculo-nerveux.*

*Artère humérale.*

Croise le nerf médian en X, étant située en haut à sa partie interne, en bas à sa partie externe. Le croisement s'effectue vers la partie moyenne du bras. L'artère passe tantôt en avant, tantôt et plus souvent en arrière du nerf.

*Veines humérales.*

Parallèles à l'artère.

*Nerf musculo-cutané.*

S'éloigne rapidement du médian et se dirige en dehors, perfore le muscle coraco-brachial et va passer entre le biceps et le brachial antérieur.

*Nerf brachial cutané interne et son accessoire.*

Abandonnent bientôt le voisinage du nerf médian pour perforer l'aponévrose et devenir sous-cutanés.

*Nerf cubital.*

S'éloigne également du médian et s'engage dans la loge postérieure du bras. Il sera alors séparé du médian par l'aponévrose intermusculaire interne et par une épaisseur plus ou moins grande de la portion interne du triceps.

*Vaisseaux lymphatiques.*

Accompagnent le paquet vasculo-nerveux ; au-dessus de l'épitrochlée : ganglion sus-épitrochléen.

*Rapports avec les muscles et aponévroses.*

*En avant.*

Bord interne du biceps.
Aponévrose brachiale.

*En dehors.*

— Biceps.
— Brachial antérieur.

*En dedans.*

— Aponévrose brachiale.

*En arrière.*

— Cloison intermusculaire interne.
— Portion interne du triceps.

*Au coude.*

*Rapports avec le paquet vasculo-nerveux.*

*Artère humérale.*

Située en dehors de lui et séparée de lui par le chef coronoïdien du rond pronateur.

*Veines humérales.*

Parallèles à l'artère.

*Veine perforante.*

Allant des veines superficielles aux veines profondes et située en dehors du nerf.

*Superficiellement.*

*M veineux du pli du coude.*

Et plus spécialement *veine médiane basilique.*

Filets nerveux du musculo-cutané.

*Rapports avec les muscles et aponévroses.*

*En avant.*

— Aponévrose antibrachiale.
— Muscle rond pronateur.

*En arrière.*

— Muscle brachial antérieur.
— Articulation du coude.

*En dedans.*

— Faisceau épitrochléen du rond pronateur.

*A l'avant-bras.*

*Rapports avec les muscles et aponévroses.*

*En avant.*

— Muscle fléchisseur superficiel.
— Muscles grand et petit palmaire.

*En arrière.*

— Ligament interosseux.

*En dedans.*

— Muscle fléchisseur commun profond.

*En dehors.*

— Muscle fléchisseur propre du pouce.

*Rapports avec les vaisseaux et nerfs.*

Parallèle à lui et dans son voisinage immédiat, *artère du nerf médian*, branche de l'artère interosseuse antérieure.

Quelquefois très volumineuse.

En dehors et plus superficiellement en avant même du fléchisseur superficiel.

— *Artère radiale.*
— *Branche antérieure du nerf radial.*

*En dedans.*

Sur la face antérieure du muscle fléchisseur profond.

— *Artère cubitale.*
— *Nerf cubital.*

*Au carpe.*

*En dehors.*

— Tendon du grand palmaire.

*En dedans et plus superficiellement.*

— Tendon du petit palmaire.

Nerf passe sous le ligament antérieur annulaire ayant, en dedans de lui, les tendons fléchisseurs et enveloppé par leur synoviale.

*A la main.*

*Rapports avec les aponévroses et muscles.*

*En avant.*

— Aponévrose palmaire médiane.

*En arrière.*

— Tendons fléchisseurs.
— Muscles lombricaux.

*En dehors.*

— Muscle de l'éminence thénar.

*En dedans.*

— Muscles de l'éminence hypothénar.

*Rapports avec les vaisseaux et nerfs.*

*En avant.*

— *Arcade palmaire superficielle.*

*En dedans.*

— *Nerf cubital.*

*En arrière et profondément.*

— *Branche profonde du nerf cubital.*

**Branches collatérales.**

— Aucune branche collatérale dans l'aisselle.
— Au bras quelquefois anastomose avec le nerf musculo-cutané.
— Au pli du coude.

*Nerf supérieur du grand pronateur.*

Aborde le muscle par sa face profonde.

— *A l'avant-bras.*

*Rameaux musculaires antérieurs.*

Naissent dans le tiers supérieur de l'avant-bras, tantôt isolément, tantôt par des troncs communs.

— Muscle rond pronateur.
— Muscle grand palmaire.
— Muscle petit palmaire.
— Nerf fléchisseur commun superficiel.

*Rameaux musculaires postérieurs.*

Naissent au même niveau que les précédents.

— Muscle long fléchisseur propre du pouce (qu'il aborde dans son tiers supérieur).

— Deux faisceaux externes du muscle long fléchisseur commun profond.

*Rameau interosseux.*

Trajet vertical appliqué contre la face antérieure du ligament interosseux.

— Muscle carré pronateur.
— Articulation radio-carpienne.

*Rameau cutané palmaire.*

— Naît à 2 ou 3 centimètres au-dessus du poignet, perfore l'aponévrose entre le tendon du grand palmaire et celui du petit palmaire et donne deux rameaux.

α) *Externe.*

— Peau de l'éminence thénar.

β) *Interne.*

— Peau de la région palmaire moyenne.

**Branches terminales.**

a) *Première branche ou externe.*

*Trajet.*

*En dehors.*

— Courbe à concavité supérieure.
— Trois rameaux terminaux.

α) Rameau du court abducteur du pouce.

β) Rameau du court fléchisseur.

γ) Rameau de l'opposant.

b) *Deuxième branche.*

*Trajet.*

En bas et en dehors, au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne, puis au côté externe du pouce :

— Nerf collatéral palmaire externe du pouce.

c) *Troisième branche.*

*Trajet.*

Au côté interne du pouce :

— Nerf collatéral palmaire interne du pouce.

d) *Quatrième branche.*

*Trajet.*

— Croise la face antérieure de l'adducteur du pouce.

— Rameau collatéral, premier lombrical.

— Rameaux terminaux :

— Collatéral palmaire externe de l'index.

— Collatéral dorsal externe de l'index.

e) *Cinquième branche.*

*Trajet.*

En bas vers la commissure séparant l'index du médius.

Rameau collatéral : second lombrical.

Rameaux terminaux :

— Nerf collatéral palmaire interne de l'index, donnant le collatéral dorsal interne.

— Nerf collatéral palmaire externe du médius, donnant le collatéral dorsal externe.

f) *Sixième branche.*

Anastomose avec le nerf cubital.

*Trajet.*

Vers la commissure séparant le médius de l'annulaire.

*Branches terminales.*

Nerf collatéral palmaire interne du médius donnant un collatéral dorsal interne.

Nerf collatéral palmaire externe de l'annulaire donnant un collatéral dorsal externe.

## Physiologie.

*Moteur.*

Par les filets musculaires, commande surtout la flexion des doigts, puis la flexion de la main sur l'avant-bras.

*Sensitif.*

Par ses filets cutanés, donne la sensibilité à l'éminence thénar, à la région palmaire moyenne, à la face palmaire du pouce, à la face palmaire et à la plus grande partie de la face dorsale de l'index et du médius, à la moitié externe de l'annulaire.

# MUSCLES EXTENSEURS DES DOIGTS

## Définition.

Ces muscles sont définis par leur nom même et leur action, l'extension des doigts. Il existe un *extenseur commun, un extenseur propre du petit doigt, un extenseur propre de l'index, un court extenseur et un long extenseur du pouce.*

## Situation.

Ces muscles sont situés à la face postérieure de l'avant-bras. Le muscle extenseur commun et l'extenseur propre du petit doigt forment un groupe musculaire ayant son origine supérieure à l'épicondyle. Les autres extenseurs sont situés sur un plan plus profond et plus voisin de la membrane interosseuse, ils prennent naissance sur cette membrane et sur les deux os de l'avant-bras.

## Description.

*A.* Muscle extenseur commun des doigts.

*Forme.*

Simple à son extrémité supérieure, divisé en bas en 4 faisceaux aboutissant chacun à un tendon.

*Insertions.*

*Supérieures.*

— A la partie inférieure et antérieure de l'épicondyle, par un tendon commun, avec le deuxième radial et le cubital postérieur.

— Du tendon naît le corps charnu qui dès

son origine est contenu dans une sorte de prisme aponévrotique, quadrangulaire, formé par :

*En arrière.*

— Aponévrose antibrachiale.

*En avant.*

— Ligament latéral externe du coude.

*En dedans.*

— Cloison séparant l'extenseur du muscle extenseur propre du cinquième doigt.

*En dehors.*

— Cloison séparant l'extenseur du deuxième radial.

*Inférieures.*

Tendon terminal une fois parvenu à la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne envoie une expansion à la partie supérieure de la première phalange.

— Reçoit les expansions aponévrotiques des muscles interosseux et des lombricaux.

— Et se divise en trois languettes.

*a*) Languette moyenne se fixe à l'extrémité supérieure de la deuxième phalange.

*b*) Languettes latérales, d'abord écartées l'une de l'autre, se rapprochent sur la face dorsale de la deuxième phalange et se fixent à la partie supérieure de la troisième phalange.

*Corps charnu.*

Né des insertions supérieures et unique à son origine, se divise bientôt en 4 languettes qui aboutissent chacune à un tendon long et mince.

Ces tendons parcourent parallèlement la face dorsale de l'avant-bras. S'engagent dans une même

gouttière ostéo-fibreuse sous le ligament dorsal annulaire du carpe et arrivent à la face dorsale du métacarpe où ils divergent.

— Les deux tendons médians cheminent à la face dorsale du troisième et du quatrième métacarpien ; les deux tendons externes croisent obliquement les espaces intermétacarpiens.

Dans cette région les tendons sont unis ensemble par un mince feuillet celluleux. Par place ce feuillet celluleux subit un épaississement, qui devient une sorte d'anastomose entre les différents tendons, un pont aponévrotique. Ces ponts aponévrotiques existent entre l'annulaire et le médius, entre le médius et l'index. Entre les tendons de l'annulaire et celui du petit doigt, c'est en général un faisceau détaché véritablement de l'un des tendons et allant aboutir au tendon voisin.

*B.* Muscle extenseur propre du petit doigt.

*Forme.*

Allongé, fusiforme.

*Situation.*

Entre l'extenseur commun et le cubital postérieur.

*Insertions.*

*Supérieure.*

— Par le tendon commun à l'épicondyle.

— A la face interne d'une pyramide aponévrotique quadrangulaire.

Formée par :

*En arrière.*

— Aponévrose antibrachiale.

*En avant.*

— Ligament latéral externe du coude.

*En dedans.*

— Muscle cubital postérieur.

*En dehors.*

— Muscle extenseur commun.

*Inférieure.*

Sur le cinquième doigt, d'une façon identique à celle de l'extenseur commun.

*Corps charnu.*

Né de l'insertion supérieure, parcourt la face postérieure de l'avant-bras en s'inclinant en dedans, et se termine sur un tendon qui passe dans un canal ostéo-fibreux spécial, au-dessous du ligament dorsal annulaire et atteint l'insertion inférieure.

*Rapports de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du cinquième.*

Ces deux extenseurs font partie de la couche superficielle de la région postérieure de l'avant-bras.

Ils sont en rapports avec :

*A l'avant-bras.*

*En arrière.*

— Aponévrose antibrachiale, tissu cellulaire sous-cutané.

— Peau.

*En avant.*

1. Muscles de la couche profonde.

— Extenseur propre de l'index.

— Extenseurs long et court du pouce.

— Long abducteur du pouce.

2. Entre les deux couches de muscles.

— Branche postérieure du nerf radial.

*Au carpe.*

Tendons passent sous le ligament postérieur annulaire et y sont accompagnés par des synoviales.

Une grande synoviale pour l'extenseur commun.

Une synoviale spéciale pour l'extenseur du petit doigt.

*A la main.*

*En arrière.*

— Aponévrose dorsale.

*En avant.*

— Métacarpiens et interosseux.

*C.* Muscle court extenseur du pouce.

*Situation.*

— Dans la couche profonde des muscles de la région postérieure de l'avant-bras, au-dessous du muscle long abducteur, au-dessus du long extenseur.

*Insertions.*

*Supérieures.*

Partie moyenne de la face postérieure du radius.

— Partie voisine du ligament interosseux.

— S'étend rarement jusqu'au cubitus.

*Inférieure.*

— Base de la première phalange du pouce.

*Corps charnu.*

Se dirige en bas, en dehors, contourne le bord externe du radius et se termine sur un tendon qui continue la même direction, passe au carpe dans la même gouttière ostéo-fibreuse que le long abducteur.

*D.* Muscle long extenseur propre du pouce.

*Situation.*

— A la couche profonde des muscles de la face postérieure de l'avant-bras, au-dessous du court extenseur.

*Insertions.*

*Supérieures.*

— Tiers moyen de la face postérieure du cubitus.

— Partie voisine du ligament interosseux.

— Cloison aponévrotique qui le sépare en arrière du muscle cubital postérieur.

*Inférieure.*

— Partie postérieure et supérieure de la deuxième phalange du pouce.

*Corps charnu.*

Fusiforme, descend obliquement en bas et en dehors, et aboutit à un tendon qui passe sous le ligament dorsal annulaire dans un canal ostéo-fibreux spécial.

*E.* Muscle extenseur propre de l'index.

*Situation.*

— En dedans du précédent. Appartient comme lui à la couche musculaire profonde.

*Insertions.*

*Supérieures.*

— Face postérieure du cubitus, au-dessous du long extenseur du pouce.

— Partie voisine du ligament interosseux.

*Inférieure.*

— Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, s'unit au tendon venu de l'extenseur commun et partage par conséquent ses insertions.

*Corps charnu.*

Descend verticalement en bas et aboutit à un tendon qui passe dans le même canal ostéo-fibreux que les tendons extenseurs communs, et au côté externe de ceux-ci.

*Rapports des muscles extenseurs de la couche profonde.*

*En arrière.*

— Branche postérieure du nerf radial.
— Couche musculaire superficielle.

*En avant.*

— Membrane intérosseuse.
— Articulation radiocarpienne.
— Artère radiale qui traverse l'espace compris entre le court extenseur et le long extenseur du pouce, espace dit : *tabatière anatomique.*

**Irrigation des muscles extenseurs.**

Artère interosseuse postérieure, branche de bifurcation postérieure du tronc commun des interosseuses né de l'artère cubitale.

**Innervation des muscles extenseurs.**

*Rameaux de la branche postérieure du nerf radial.*

Un filet pour chacun des muscles :
— Muscle extenseur commun.
— Muscle extenseur propre de l'index.
— Muscle court extenseur du pouce.
— Muscle long extenseur du pouce.
— Muscle extenseur propre de l'index.

**Action des muscles extenseurs.**

*Muscle extenseur commun.*

Extension des deuxième et troisième phalanges sur la première : faible.

Extension forte de la première phalange sur les métacarpiens.

Extension faible de la main sur l'avant-bras.

Ecarte un peu les doigts de l'axe de la main.

*Muscle extenseur propre du petit doigt.*

Rend possible l'extension isolée du petit doigt, agit selon le même mode que l'extenseur commun.

*Muscle court extenseur du pouce.*

Extension de la première phalange du pouce sur le métacarpien.

Abduction du premier métacarpien.

*Muscle long extenseur du pouce.*

Extension de la deuxième phalange sur la première et de la première sur le métacarpien.

Rapproche le pouce de l'axe de la main.

*Muscle extenseur propre de l'index.*

— Etend la première phalange sur le métacarpien.

— Agit d'une manière très faible sur les deuxième et troisième phalanges.

— Légère adduction (Duchesne).

---

# FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

**Fréquence.**

Extrême, surtout chez l'homme. Elles représentent environ le 1/3 des fractures.

Longtemps confondues avec les entorses ou les luxations du poignet ; c'est Pouteau, Colles, Dupuytren, qui mettent en saillie sa fréquence (c'est la fracture de Colles des Anglo-Saxons).

**Etiologie.**

La fracture classique de l'extrémité inférieure du radius est toujours de cause indirecte et succède à une chute sur la paume de la main le plus fréquemment, parfois aussi, à une chute sur le dos de la main.

**Mécanisme.**

Théories multiples.

a) *Celle de Pouteau.*

Abandonnée. Il invoquait la contraction musculaire, en particulier, celle du carré pronateur.

b) *Celle de Nélaton.*

Le radius pris entre le sol, le carpe est venu buter, et le poids du corps se brise à sa partie faible, c'est-à-dire à l'union du tissu compact de sa diaphyse et du tissu spongieux de la tête.

c) *Celle de Malgaigne, B. Anger, Tillaux, Lecomte.*

Il y a arrachement par le ligament antérieur radio-carpien, la main étant en hyperextension.

Actuellement, après les nouvelles expériences d'Hamilton, on est plus éclectique et on admet les deux dernières théories ; en attribuant peut-être plus de fractures à l'arrachement par le ligament, malgré Hennequin, Delbet, qui croient plus, au contraire, à la théorie de Nélaton.

Ricard fait plus et allie les deux théories dans le même cas. Pour lui, l'arrachement commence et le choc intervient consécutivement.

Peu importe ici du reste ; le tout étant de bien mettre en relief les deux théories pathogéniques.

## Anatomie pathologique.

a) *Le trait de fracture.*

1. *Type classique.*

Transversal, siégeant de 6 millimètres à 2 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire.

2. *Autres types.*

Trait oblique en avant ou en arrière ; fracture des rebords ; décollement épiphysaire ; fracture concomitante de l'apophyse styloïde cubitale.

b) *Autres lésions. Déplacement.*

1. Pénétration fréquente du fragment inférieur par le supérieur, et éclatement.

2. Déplacement du fragment inférieur et par conséquent de la main en arrière.

3. Ascension de l'apophyse styloïde radiale, d'où modification de l'interligne radio-carpien qui, d'oblique en bas et en dehors, devient transversal et même oblique en haut.

## Symptômes.

1. Interrogatoire.

Le malade arrive se plaignant de son poignet ; il s'est « foulé le poignet », dit-il le plus souvent. Il en souffre, ne peut s'en servir, et raconte que l'accident lui est arrivé en faisant une chute et en amortissant le choc de sa main mise instinctivement en avant.

2. Examen du poignet blessé.

*a*) Inspection.

Le chirurgien s'asseoit en face du blessé et examine symétriquement les deux mains. Il constate :

1. *La déformation caractéristique du poignet.*

C'est le poignet en dos de fourchette de Velpeau. La face dorsale de la main et du poignet se trouve sur un plan plus postérieur de l'avant-bras.

C'est l'examen du profil de l'avant-bras blessé qui décèlera surtout cette déformation. Si on dessine au crayon dermographique l'axe longitudinal de l'avant-bras, on se trouve avoir une ligne brisée en baïonnette.

Cette déformation peut manquer, principalement chez la femme, l'enfant, le vieillard, où il y aura fréquemment pénétration et engrènement des fragments.

2. *Déviation de la main en dehors* (*sur le bord radial*).

Elle est due à l'ascension de la styloïde radiale.

3. *Saillie anormale de la tête du cubitus.*

Conséquence de la déviation précitée. Savoir que chez certains individus la tête du cubitus fait normalement une très forte saillie.

4. *Aspect arrondi du poignet* (*et non aplati*).

5. *Exagération des plis de la région palmaire du poignet.*

*b*) Palpation.

Complète les signes précités donnés par la vue.

1. *Douleur provoquée.*

Nettement localisée de 1 à 2 centimètres au-dessus de l'interligne radio-carpien.

2. *Ascension de l'apophyse styloïde du radius.*

Se constate aisément et se vérifie par la palpation du poignet sain.

3. *Saillie des fragments.*

Très nette lorsque le dos de fourchette existe. A la face dorsale on sent la saillie du fragment inférieur ; à la face palmaire celle du fragment supérieur, masquée en partie par les tendons.

4. *Mobilité anormale et crépitation.*

Rares et à ne pas rechercher.

5. *Conservation des mouvements de l'articulation.*

Ils sont même peu douloureux lorsque les fragments sont bien fixés.

Tous ces signes sont fort nets au début ; vingt-quatre heures après ils seront un peu plus difficiles à décéler par suite du gonflement qui survient.

## Diagnostic.

Le plus souvent aisé, et à baser surtout sur la douleur localisée, accompagnée d'ascension de l'apophyse radiale.

Il est à faire avec :

a) *Entorse grave radio-carpienne.*

Mais mouvements très difficiles ; douleur diffuse, intense ; pas de déplacement de la styloïde.

b) *Luxation du poignet.*

On sent la saillie lisse du condyle carpien ; les apophyses sont normales et le poignet raccourci.

c) *Traumatisme banal portant sur un poignet fracturé autrefois et ayant un cal saillant.*

**Pronostic.**

Bénin ; consolidation en 15-25 jours, avec déformation minime si bonne réduction. Récupération totale des fonctions.

Comme *complications :*

Déformation ; gênes tendineuses ; synovites ; raideurs articulaires ; névrite du médian irrité par un cal volumineux.

**Traitement.**

*A.* Réduction.

A faire lorsqu'il y a déformation. Elle nécessite rarement le chloroforme ou un aide.

— Il faut repousser en avant et en bas le fragment inférieur déplacé en arrière.

Pour cela le chirurgien, mettant le bras du patient sous son aisselle droite, embrassera des deux mains le poignet blessé, et de ses pouces appliqués sur la saillie du fragment inférieur pratiquera lentement la réduction.

En second lieu, prenant la main par son extrémité, il réduira la déviation en dehors et abaissera la styloïde radiale remontée.

*B.* Contention.

Citer :

1. *L'appareil de Nélaton.*

Attelle palmaire avec ou sans attelle dorsale.

2. Les appareils similaires de Dupuytren, Verneuil, etc., tous appareils amenant parfois des troubles graves par compression artérielle :

Actuellement les appareils à attelles ne s'emploient guère qu'en cas d'urgence. On leur préfère.

1. L'appareil ouaté, silicaté avec un tampon dorsal sur le fragment inférieur et un palmaire sur le fragment supérieur.

2. Et, surtout, la demi-gouttière plâtrée palmaire, appliquée sur le membre en pronation, depuis le coude jusqu'au pli métacarpo-phalangien.

La main sera dans la demi-flexion et surtout fortement déviée sur le bord cubital ; l'appareil ne descendra pas au-delà de la tête des métacarpiens de manière à ce que les doigts puissent jouer.

De toute manière l'appareil ne sera pas laissé plus de 15 jours. Un bon procédé consiste à retirer la gouttière à partir du dixième jour, pratiquer chaque jour une séance de massage et remettre ensuite la gouttière. On ne saurait trop se méfier en effet des raideurs articulaires consécutives.

Quant aux ostéotomies linéaires, aux résections osseuses, elles ne trouvent leur place qu'en cas de cal difforme ou de compression du médian.

---

# PARALYSIE RADIALE

La plus fréquente des paralysies du membre supérieur.

**Etiologie et historique.**

Sont en effet intimement liés.

1. Etudiée par :

a) *Duchenne de Boulogne.*

Qui en fait pour la plupart des cas une paralysie rhumatismale (névrite a frigore) et fait rarement intervenir la compression.

b) *Panas.*

Donne le rôle prépondérant à la compression.

c) *Vulpian*, *Jeoffroy* sont de son avis, alors que *Onimus*, *Dieulafoy* admettent les deux théories. Enfin, *Erb* explique la paralysie a frigore par une auto-compression du nerf qui se gonfle et s'étrangle dans le canal ostéo-fibreux qu'il suit le long de l'humérus.

2. Actuellement on divise d'après leur pathogénie les paralysies radiales en trois groupes.

*A.* Par compression.

a) *Compression extérieure.*

C'est la paralysie des dormeurs et des ivrognes qui compriment leur radial en se couchant le bras sous la tête.

C'est celle des gens se servant de béquilles, et des porteurs d'eau.

Enfin des traumatismes divers, des liens trop serrés peuvent en être la cause.

b) *Compression interne.*

Par cal exubérant à la suite de fracture de l'humérus ; par luxation de l'épaule ou du coude ; ou par anévrysme.

c) *Lésion traumatique du nerf.*

Section ; élongation ; piqûre (à la suite d'injections hypodermiques en particulier.

*B.* Origine névritique.

*a*) a frigore ; surtout chez rhumatisants.

*b*) à la suite d'intoxications diverses : alcool ; et en particulier dans l'intoxication saturnine, où avec la colique saturnine la paralysie radiale constitue un accident courant.

*c*) Dans certaines infections (syphilis).

*C.* Origine médullaire ou centrale rare.

*a*) Dans le tabes.

*c*) Dans certaines lésions localisées de l'écorce cérébrale.

## Description.

Au point de vue clinique il ne faut s'occuper que des variétés fréquentes.

*a*) Paralysie radiale, type a frigore ou par compression.

*b*) Paralysie radiale d'origine saturnine.

*A.* Paralysie radiale a frigore.

Début.

En général d'emblée ; le malade s'en apercevant à son réveil. Parfois, il assiste à l'établissement de la paralysie qui est précédée de fourmillements puis d'engourdissement.

Examen du malade.

Il se présente l'avant-bras à demi-fléchi, la

main dans la pronation et la demi-flexion, bombée à la face dorsale.

On recherchera successivement :

a) *Troubles de la motilité.*

1. Le malade ne peut relever le poignet qui tombe.

2. Ne peut étendre les doigts (sauf si on maintient la première phalange, ce qui permet aux intérosseux et aux lombricaux d'agir).

3. A perdu les mouvements de latéralité de la main.

4. Présente une faiblesse apparente de la flexion (sauf si on relève le poignet).

5. Le long supinateur est toujours pris, ce qui se constatera aisément en appliquant une main sur la région externe de l'avant-bras paralysé, et en s'opposant de l'autre à un mouvement de flexion de l'avant-bras qu'on fera exécuter par le malade. S'il est intact, on sentira une corde musculaire saillante, absente lorsqu'il est paralysé.

Il faut insister sur ce signe, parce que, dans la paralysie saturnine, le long supinateur est toujours indemne.

b) *Troubles de la sensibilité.*

Rares et minimes à moins de traumatismes graves (section).

c) *Troubles trophiques.*

Rares également ; si la paralysie dure longtemps, on pourra avoir la tumeur dorsale du poignet ; tuméfaction molle et fluctuante siégeant au niveau de la gaîne des extenseurs, et due probablement à de la synovite chronique.

d) *Examen des réactions électriques.*

La contractilité faradique est presque toujours conservée.

*B.* Paralysie radiale saturnine.

*a*) Début lent et progressif.

*b*) La paralysie envahit successivement :

1. L'extenseur commun des doigts (le malade fait les cornes).

2. Les extenseurs propres des deuxième et cinquième (tous les doigts sont alors fléchis).

3. Les radiaux, le court extenseur, le cubital postérieur (la main se fléchit sur l'avant-bras).

*c*) On a ainsi à ce moment les signes classiques de la paralysie radiale.

Comme signes distinctifs :

— L'intégrité du long supinateur.

— La rapidité de l'atrophie musculaire et de la perte de la contractilité électrique.

Et tous les stigmates du saturnisme, en dehors des antécédents professionnels :

— Liseré gingival ; colique de plomb ; albuminurie, etc.

*C.* Autres types.

*a*) Le triceps brachial peut être pris (paralysie par compressions axillaires).

*b*) Le long supinateur est indemne (compression du coude).

*c*) Les extenseurs des doigts sont seuls pris.

Durée et pronostic.

Fort variables selon l'origine. Ainsi :

*a*) La paralysie a frigore guérit en 15 jours à 3 mois.

*b*) La paralysie par compression persistera jusqu'à ce qu'on supprime l'agent de compression, intervention qui ne doit point être trop tardive sous peine de dégénérescences.

*c*) La paralysie saturnine guérit au début en général ; mais, à force de récidives, elle deviendra définitive.

**Diagnostic.**

Positif, facile. Différentiel, n'existe pas en somme ; il sera à faire avec certaines contractures, avec des localisations de paralysie infantile ou d'atrophie musculaire progressive.

Il devra surtout être étiologique ; puisque la connaissance de la nature de la paralysie dominera le pronostic et le traitement.

**Traitement.**

a) *De la cause.*

(Suppression de la cause ; excision des cals ; suture du nerf).

b) *De la paralysie.*

Massages et courants faradiques faibles.

---

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES (1 A 24)*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.* — ANATOMIE : **I. Diaphragme. — II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.* — ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.* — ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa. — III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 23**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

I. ANATOMIE. . . **Artères de l'avant-bras.**
II. — . . . **Nerf cubital.**
I. PATHOLOGIE . . **Panaris.**
II. — . . . **Symptômes et complications du diabète.**
III. — . . . **Ventouses.**

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat,** on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS

## Définition.

Il existe deux troncs artériels pour irriguer l'avant-bras. Ces deux artères sont l'artère radiale et l'artère cubitale. Toutes deux proviennent de l'artère humérale qui se bifurque au pli du coude et vont se terminer en irriguant la main.

## Description.

*A.* Artère radiale.

*Origine.*

— Au niveau du pli du coude par bifurcation de l'artère humérale, un peu au-dessous de l'expansion aponévrotique du biceps.

*Trajet.*

— En bas et en dehors, se rapproche du bord externe de l'avant-bras.

Puis devient verticale, et longeant le bord externe de l'avant-bras, au-devant du radius, arrive jusqu'au-dessous de l'apophyse styloïde de cet os. Contourne le côté externe du poignet en s'appliquant contre le ligament latéral externe de cette articulation. Gagne la face dorsale du carpe et atteint l'extrémité supérieure du premier espace intermétacarpien; à ce moment elle est devenue artère de la main.

*Rapports.*

*En avant.*

— Bord interne du muscle long supinateur qui recouvre plus ou moins complète-

ment l'artère suivant le développement du corps charnu. Plus bas, l'artère répond à son tendon.

— Aponévrose antibrachiale.

*En arrière.*

— Muscle court supinateur.

— Tendon terminal du rond pronateur.

— Face antérieure du radius.

— Muscle fléchisseur sublime au niveau de son insertion radiale.

— Muscle carré pronateur.

*En dehors.*

— On retrouve le long supinateur, puis plus en arrière le premier radial externe.

— Branche antérieure du nerf radial.

*En dedans.*

— Muscle grand palmaire et son tendon.

Entre le tendon du long supinateur en dehors et le tendon du grand palmaire, en dedans existe une gouttière où coule l'artère radiale. C'est là que l'artère radiale est le plus superficielle, elle n'est recouverte que par l'aponévrose antibrachiale et la peau. Elle a immédiatement en arrière d'elle un plan résistant : le radius. Ce sont ces différentes particularités qui ont fait choisir cette artère et ce point particulier de son trajet pour y percevoir les battements du pouls.

**Branches collatérales.**

a) *Rameaux cutanés et musculaires.*

*Antérieurs.*

— Peau.

*Postérieurs.*

— Court supinateur, rond pronateur, carré pronateur, fléchisseur propre du pouce.

— Rameaux osseux du radius.

*Externes.*

— Long supinateur, premier radial externe, deuxième radial, long abducteur, long et court extenseurs du pouce.

*Internes.*

— Muscle grand palmaire.
— Muscle fléchisseur superficiel.

b) *Artère récurrente radiale antérieure.*

*Origine.*

— Partie supérieure de l'artère radiale à son côté externe.

*Trajet.*

— En forme de courbe convexe en bas et en dehors.

Après avoir, pendant quelques millimètres, descendu en bas et en dehors, elle remonte en haut.

*Rapports.*

*En dehors.*

— Long supinateur.

*En dedans.*

— Brachial antérieur.

*En arrière.*

— Muscle court supinateur.
— Articulation du coude.

*Terminaison.*

— Anastomose avec la branche antérieure de l'humérale profonde.

*Branches collatérales.*

— Musculaires : aux radiaux, long supinateur, brachial antérieur.
— Articulaires : articulation du coude.

c) *Artère transverse antérieure du carpe.*

*Origine.*

— A la partie inférieure de l'artère radiale et à son côté interne.

*Trajet.*

— En dedans, horizontalement au-dessous du bord inférieur du muscle carré pronateur.

*Terminaison.*

— Anastomose avec : une branche semblable venue de l'artère cubitale ; L'artère interosseuse antérieure, les rameaux supérieurs de l'arcade profonde palmaire.

*Rameaux collatéraux.*

— Au muscle carré pronateur et à l'articulation du coude.

d) *Artère radio-palmaire.*

*Origine.*

— Au point où l'artère radiale cesse d'être artère de l'avant-bras et contourne le côté externe du poignet.

*Trajet.*

— Appartient à la main, où cette artère va s'anastomoser avec l'artère cubitale et forme avec elle l'arcade palmaire superficielle.

*B.* Artère cubitale.

*Origine.*

— Au niveau du pli du coude par bifurcation de l'artère humérale.

*Trajet.*

— D'abord oblique en bas et en dedans, au-dessous de la masse des muscles épitrochléens, puis atteint le bord interne de l'avant-bras et continue son trajet verticalement. Cesse d'appartenir à l'avant-bras au point où elle franchit le poignet en passant au côté externe du pisiforme.

*Rapports.*

*Tiers supérieur.*

*En avant.*

— Muscle grand palmaire, petit palmaire, cubital antérieur.

— Et sur un plan plus profond : muscle fléchisseur superficiel.

— Nerf médian qui la croise à angle aigu pour lui devenir externe.

*En arrière.*

— Tendon du brachial antérieur.

— Fléchisseur commun profond.

On voit que cette artère est sur un plan plus profond que l'artère radiale puisque cette dernière était sus-jacente au muscle fléchisseur superficiel, tandis que l'artère cubitale est sous-jacente.

*Deux-tiers inférieurs.*

*En avant.*

— Muscle cubital antérieur et son tendon.

— Faisceau interne du fléchisseur superficiel et interstice qui le sépare du tendon du cubital. Dans cet interstice on peut sentir, surtout dans les cas pathologiques, les pulsations de l'artère cubitale.

*En arrière.*

— Muscle fléchisseur profond.

— Muscle carré pronateur.

*En dehors.*

— Tendons du fléchisseur sublime.

*En dedans.*

— Nerf cubital.

— Aponévrose d'insertion du muscle cubital antérieur au radius.

**Branches collatérales.**

a) *Branches musculaires.*

— Très nombreuses mais peu importantes.

b) *Artère récurrente cubitale antérieure.*

*Origine.*

— Partie supérieure et interne de l'artère cubitale.

— Naît quelquefois par un tronc commun avec l'artère récurrente cubitale postérieure.

*Trajet.*

— Oblique en haut et en dedans, entre le brachial antérieur et le rond pronateur.

*Terminaison.*

— Anastomose avec l'artère collatérale interne inférieure de l'humérale.

*Rameaux collatéraux.*

Musculaires, articulaires.

c) *Artère récurrente cubitale postérieure.*

*Origine.*

— Artère cubitale quelquefois au-dessous de la précédente, quelquefois par un tronc commun avec elle.

*Trajet.*

— Contourne le côté interne du cubitus.

— Monte dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne auprès du nerf cubital.

*Terminaison.*

— Anastomose avec la collatérale interne ou inférieure de l'humérale.

*Rameaux collatéraux.*

— Musculaires, articulaires, cutanés.

d) *Tronc commun des artères interosseuses.*

*Origine.*

— Partie postérieure de l'artère cubitale un peu au-dessous de l'artère précédente.

*Trajet.*

— En bas, en arrière et légèrement en dehors.

— Atteint la membrane interosseuse au niveau de sa partie supérieure.

*Bifurcation.*

α) *Artère interossseuse antérieure.*

*Direction.*

— Verticale, appliqué contre la membrane interosseuse, s'engage sous le muscle carré pronateur, traverse la partie inférieure de la membrane interosseuse.

*Terminaison.*

— Réseau carpien postérieur.

*Rameaux collatéraux.*

1. Musculaires.
   — Antérieurs.
   — Postérieurs.
   — Latéraux.
2. Artère du nerf médian.
3. Artère nourricière du cubitus.
4. Artère nourricière du radius.

β) *Artère interosseuse postérieure.*

*Trajet.*

— Passe entre les deux os de l'avant-bras et le bord supérieur de la membrane interosseuse.

— Arrive dans la loge postérieure de l'avant-bras ; passe entre ces deux couches musculaires.

*Terminaison.*

— Réseau carpien dorsal.

*Rameaux collatéraux.*

1. Musculaires.
2. Artère récurrente radiale postérieure.

*Trajet.*

— En arrière de l'épicondyle sous l'anconée.

*Terminaison.*

— Anastomose avec l'humérale profonde.

e) *Artère dorsale du carpe.*

*Origine.*

— Partie inférieure et interne de la cubitale.

*Trajet.*

— Contourne la partie interne du cubitus et gagne la face dorsale du poignet.

*Terminaison.*

— Réseau carpien dorsal.

f) *Artère transverse antérieure du carpe.*

Parallèle au bord inférieur du muscle carré pronateur, s'anastomose avec l'artère du même nom venue de l'artère radiale.

---

# NERF CUBITAL

**Définition.**

Branche de terminaison du plexus brachial destinée à innerver une portion de l'avant-bras et une portion de la main.

**Origine.**

Dans le creux axillaire, naît de la racine interne d'origine du nerf médian.

**Trajet.**

Sur un plan postérieur à ceux occupés par le médian et le brachial cutané interne ; descend verticalement en bas.

1. Passe en arrière de l'aponévrose intermusculaire interne dans la loge postérieure du bras et dans l'épaisseur même du vaste interne.

2. Dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne en avant de la bandelette aponévrotique d'insertion du muscle cubital postérieur.

3. S'applique à la face profonde du muscle cubital antérieur, suit la région interne de la face antérieure de l'avant-bras.

4. Passe au-devant du ligament antérieur annulaire du carpe et au niveau du bord inférieur de ce ligament se divise en deux branches terminales.

**Rapports.**

*Dans l'aisselle.*

*En avant.*

— Racine interne et racine externe du médian, puis tronc du nerf lui-même.

— Artère axillaire.

— Nerf brachial cutané interne et son accessoire.

*Plus superficiellement.*

— Tendon du grand pectoral.

*En arrière.*

— Nerf radial.

— Nerf circonflexe ou axillaire.

— Muscle sous-scapulaire.

*Au bras.*

*En avant.*

— Cloison intermusculaire interne.

— Loge antérieure du bras et son contenu vasculo-nerveux.

— Nerf médian.

— Artère axillaire.

Il passe dans l'épaisseur même du vaste interne où il est accompagné par l'artère collatérale interne supérieure, branche de l'artère humérale et qui est satellite du nerf.

*Au coude.*

*En avant.*

— Epitrochlée.

— Articulation du coude (ligament latéral interne).

*En dedans.*

— Olécrâne.

*En dehors et en arrière.*

— Insertion du cubital antérieur sur une bandelette fibreuse allant de l'épitrochlée à l'olécrâne.

Auprès du nerf : rameaux terminaux de l'artère récurrente cubitale postérieure.

*A l'avant-bras.*

*En avant.*

— Aponévrose antibrachiale.

— Muscle cubital antérieur.

*En arrière.*

— Muscle fléchisseur commun profond.
— Muscle carré pronateur.

*En dedans.*

— Tendon du cubital antérieur.

*En dehors.*

— Artère cubitale.
— Tendons du fléchisseur superficiel.

*A la paume.*

*En avant.*

— Lame cellulo-fibreuse.
— Peau.

*En arrière.*

— Ligament annulaire antérieur.

*En dedans.*

— Pisiforme.

*En dehors.*

— Artère cubitale.

**Terminaison.**

Division en deux branches terminales.

α) *Superficielle.*

Destinée aux deux doigts internes.

β) *Profonde.*

Destinée aux lombricaux et interosseux.

**Branches collatérales.**

*Au bras.*

— Aucune branche.

*A l'avant-bras.*

a) *Filets articulaires.*

A la partie postérieure de l'articulation du coude.

b) *Rameaux du muscle cubital antérieur.*

Au nombre de deux à trois.

c) *Rameaux du flechisseur profond des doigts.*

Destinés aux deux faisceaux internes de ce muscle dont les deux faisceaux externes sont innervés par le nerf médian.

Rameaux assez nombreux naissent souvent par un tronc commun.

d) *Rameau anastomotique avec le nerf brachial cutané interne.*

Passe à travers l'aponévrose vers la partie moyenne de l'avant-bras.

e) *Branche dorsale cutanée.*

*Origine.*

A l'union du tiers inférieur avec les deux-tiers supérieurs de l'avant-bras.

*Trajet.*

Oblique en bas et en arrière, contourne en demi-spirale la face interne du cubitus.

*Terminaison.*

Au niveau de la tête du cubitus par subdivision en trois branches.

1. *Rameau interne.*

— Nerf dorsal collatéral interne du cinquième doigt.

2. *Rameau moyen.*

Se divise en :

— Nerf dorsal collatéral externe du cinquième doigt.

— Filet destiné à la moitié interne de la première phalange de l'annulaire (face dorsale).

3. *Rameau externe.*

Se divise en :

— Filet anastomotique avec le nerf radial.

— Filet destiné à la peau et la moitié externe de la face dorsale de la première phalange de l'annulaire.

— Filet destiné à la peau de la moitié interne de la face dorsale de la première phalange du médius.

**Branches terminales.**

α) *Superficielle* (*branche palmaire superficielle*).

*Trajet.*

— Très court, vertical en bas.

*Branches collatérales.*

1. *Musculaire.*

— Muscle palmaire cutané.

— Muscle court fléchisseur du petit doigt.

2. *Anastomotique.*

— Avec la sixième branche du nerf médian.

*Branches terminales.*

1. Collatérale palmaire interne du cinquième doigt passe au-devant des muscles de l'éminence hypothénar.

2. Branche plus volumineuse se divisant bientôt en :

— Nerf collatéral palmaire externe du cinquième doigt.

— Nerf collatéral palmaire interne de l'annulaire qui fournit le nerf collatéral dorsal interne de l'annulaire.

β) *Branche profonde* (*branche palmaire profonde*).

*Trajet.*

S'enfonce sous le court fléchisseur du cinquième doigt.

Forme une arcade à concavité supérieure s'éten-

dant jusqu'à l'adducteur du pouce, située un peu au-dessous de l'arcade artérielle correspondante.

Au-devant des métacarpiens et des interosseux ; en arrière des tendons fléchisseurs et des lombricaux.

*Rameaux collatéraux.*

1. *Internes.*

— Muscle de l'éminence hypothénar.

2. *Inférieurs.*

— 3 muscles interosseux palmaires et deux lombricaux internes.

3. *Postérieurs.*

Muscles interosseux dorsaux.

4. *Externes.*

Muscle adducteur du pouce.
Muscle premier interosseux dorsal.

**Physiologie.**

Motricité de la main et des doigts.

Commande les mouvements :

— D'adduction de la main (muscle cubital antérieur).

— De flexion des deux derniers doigts internes (faisceau interne du fléchisseur profond).

— Flexion de la première phalange avec extension des deux dernières sur tous les doigts (muscles lombricaux et interosseux).

*Sensibilité.*

Tiers interne de la face palmaire et de la face dorsale de la main.

---

# PANARIS

On nomme panaris toutes les inflammations phlegmoneuses des doigts, quelle que soit du reste leur nature ; de là un très grand nombre de variétés anatomiques (Kirmisson).

## Etiologie.

Toujours d'origine infectieuse, le plus souvent locale ; un traumatisme quelconque, minime en général (piqûre, morsure, coupure, écrasement), amenant l'inoculation septique.

Donc :

*Fréquence.* — A la main droite, principalement au pouce et à l'index ; chez l'homme surtout.

*Influence des professions.* — Se rencontre fréquemment chez les cuisinières, les pêcheurs, les bouchers (qui manient en outre souvent des substances septiques), chez les couturières, les cordonniers.

## Division anatomo-pathologique.

Quatre classes.

1. *Panaris superficiel* (*sous-épidermique*).
2. *Panaris sous-cutané.*
3. *Panaris profond : variété de la gaîne des fléchisseurs* (*panaris de la gaîne*).
4. *Panaris profond : variété ostéo-périostique.*

## Symptômes.

1. Panaris superficiel.

Le plus souvent : angioleucite réticulaire diffuse de la surface du doigt (Polaillon), succédant à une inocu-

lation septique inaperçue en général, déterminant l'inflammation et le décollement des couches de l'épiderme.

a) *Variétés selon le degré.*

1. *Panaris érythémateux.*

Rougeur, léger gonflement et résolution en deux à trois jours.

2. *Panaris phlycténoïde (mal blanc).*

Degré d'inflammation plus avancé. Une phlyctène se forme, qui renferme un liquide séro-purulent. Ce liquide se résorbe ou s'évacue ; l'épiderme se dessèche et tombe.

b) *Variétés selon le siège.*

*Tourniole.*

Lorsque la phlyctène aura envahi tout le tour du doigt.

*Panaris sous-unguéal ou péri-unguéal.*

Se termine par la chute de l'ongle.

Dans cette première variété les signes généraux sont nuls, les signes fonctionnels peu marqués (douleur, cuisson).

La guérison est rapide ; il faudra seulement surveiller les petites végétations qui peuvent se former et les détruire.

2. Panaris sous-cutané.

*Début.*

Douleur vive, pulsatile, exacerbée par la pression, localisée en général à la pulpe d'un doigt ; et accompagnée de gonflement et de tension de la pulpe.

*Etat.*

*Signes locaux.*

Le gonflement de la face palmaire du doigt s'accentue de plus en plus, d'abord rénitent, il deviendra fluctuant au bout de quelques jours.

La région dorsale et les régions latérales du doigt s'œdématient et rougissent.

Si on n'intervient pas, le pus au bout de six à huit jours gagnera la superficie, décollera l'épiderme, formant un abcès superficiel en bouton de chemise qui s'évacuera au dehors.

Mais en même temps le pus aura pu gagner la gaîne synoviale, donnant lieu ainsi à la forme grave du panaris des gaînes.

*Signes fonctionnels.*

Douleur extrême, amenant l'insomnie, et durant jusqu'à l'évacuation du pus.

*Signes généraux.*

Malaise général ; fièvre légère.

*Variétés.*

*a*) Peut succéder à un panaris superficiel.

*b*) Panaris en bouton de chemise.

*c*) Panaris anthracoïde.

Forme spéciale siégeant à la face dorsale ou sur les parties latérales du doigt. C'est le furoncle ou l'anthrax très limité du doigt, naissant dans un follicule pilo-sébacé ou une glande sudoripare, et se terminant par l'élimination d'un bourbillon.

3. Panaris de la gaîne des fléchisseurs.

La variété la plus intéressante et la plus fréquente des panaris profonds.

*Origine.*

*a*) Primitif ; par contusion de la gaîne.

*b*) Secondaire à un panaris sous-cutané.

*c*) Secondaire à l'ostéomyélite de la phalange.

*Phénomènes généraux intenses.*

(Fièvre, frisson, troubles gastriques).

*Douleur excessive, persistante.*

*Signes locaux.*

En même temps que se produit le gonfle-

ment, le doigt se fléchit à demi en crochet, cherchant à relâcher la gaîne synoviale envahie (signe caractéristique), et il devient impossible de l'étendre.

Abandonné à lui-même, le pus fera issue hors de la gaîne et gagnera les parties latérales du doigt ; des ouvertures fistuleuses se forment, laissant sourdre indéfiniment du pus et par où s'élimineront les débris du tendon et de la gaîne.

Puis le doigt, déformé, se cicatrisera peu à peu et restera ankylosé.

Le pus pourra gagner la main, donnant naissance à un phlegmon profond (presque exclusivement les panaris des 1 et 5e, par suite de la disposition anatomique spéciale de leurs gaînes).

4. Panaris ostéo-périostique.

Succède souvent à l'ostéomyélite de la phalange (Lannelongue), et se rencontre particulièrement au pouce.

Gonflement général du doigt, prononcé à la face dorsale, et mêmes signes que pour le panaris de la gaîne, cette dernière étant rapidement envahie le plus souvent.

## Complications.

Citer les deux plus fréquentes.

*a*) Propagation de l'inflammation, fusées purulentes remontant dans la main et même l'avant-bras, origine de phlegmon des gaînes et de phlegmon diffus de l'avant-bras.

*b*) Perte des fonctions du doigt ; ankylose dans une position vicieuse.

D'où on peut déduire la gravité des panaris profonds, et la nécessité dans toutes les formes d'intervenir dès le début.

**Diagnostic.**

N'existe pas à proprement parler ; il est évident.

Deux formes d'inflammations à marche chronique lui ressemblent.

*a*) Panaris gangréneux des diabétiques.

*b*) Panaris de Morvan (chez les syringomyéliques ; analgésie absolue).

**Traitement.**

Dans tous les cas, principalement au début, bains antiseptiques très chauds, prolongés, répétés, suivis d'un pansement humide.

Dans tous les cas aussi, intervention précoce.

a) *Dans le panaris superficiel.*

Exciser la phlyctène aux ciseaux, puis pansement sec.

b) *Dans le panaris sous-cutané.*

Incision large, précoce, au bistouri (calme la douleur, évite les propagations).

c) *Dans les panaris profonds.*

Inciser le doigt à ses deux extrémités, ouvrir la gaîne ainsi en haut et en bas et draîner.

Si le doigt est détruit en partie, s'il reste ankylosé dans une position vicieuse, l'amputer.

---

# SYMPTOMES ET COMPLICATIONS DU DIABÈTE

Prendre comme type de description le diabète constitutionnel.

**Début.**

Survenant le plus souvent chez l'homme et chez les gens âgés ; long et insidieux.

On s'en aperçoit le plus souvent par hasard (analyse d'urines fortuite), ou par l'apparition de petits symptômes (exagération de la faim, de la soif, polyurie), par la présence de taches de sucre sur le linge, sur les pantalons.

Ce sont surtout les petites complications qui révèleront la présence du diabète et engageront le médecin à pratiquer l'analyse des urines.

**Etat.**

Tétrade symptomatique fondamentale (polyurie ; glycosurie ; polyphagie ; polydypsie).

*A.* Symptomes principaux.

1. Troubles urinaires.

Urines pâles, décolorées, à odeur parfois aromatique.

Densité élevée.

*Polyurie.*

En moyenne 4 à 5 litres par 24 heures, souvent plus.

*Glycosurie.*

Peu élevée en général (15 à 40 grammes).

Il y a un parallélisme net entre la polyurie et la glycosurie. (Pour la recherche du sucre, voir la question : Analyse des urines.)

*Azoturie.*

La quantité d'urée augmente le plus souvent, montant de 25 à 40 et 60 grammes par jour.

2. Polydipsie.

Le malade boit beaucoup, principalement de l'eau. Il se relève la nuit pour se désaltérer.

3. Polyphagie.

Peu accusée ; accompagnée quelquefois de troubles dyseptiques.

*B.* Symptomes accessoires.

*Modifications de diverses sécrétions.*

De la salive en particulier. Sécheresse de la bouche ; langue fendillée ; haleine fétide.

*Faiblesse musculaire.*

*Troubles cérébraux légers.*

Paresse de la mémoire.

*Troubles génitaux.*

Demi-impuissance.

Et une série de symptômes que nous retrouverons aux complications.

Marche.

Le diabète constitutionnel a une allure lente, et dans la classe aisée avec des périodes de repos et un régime même large, il ne menace pas l'existence. Ses complications posssibles seules assombrissent le pronostic.

Il existe parfois cependant des formes à marche rapide ; tout de suite le malade entre dans le grand diabète, se cachectise et arrive vite à la période ultime pendant laquelle la tétrade symptomatique s'atténue et disparaît.

La terminaison fatale est toujours le fait d'une complication (pneumonie, tuberculose ; coma diabétique).

A côté du diabète constitutionnel (diabète gras), signaler le diabète nerveux et surtout le diabète pancréatique (diabète maigre), ce dernier à marche rapide.

## Complications.

Décrire les plus fréquentes et les prendre successivement appareil par appareil.

1. Complications portant sur l'appareil digestif.

Langue pileuse, fendillée, végétante.

Périostite alvéolo-dentaire, gingivite expulsive.

Cirrhose hypertrophique pigmentaire du diabète sucré (Hanot et Chauffard).

2. Complications pulmonaires.

Fréquentes et graves.

Turberculose pulmonaire.

Fréquente surtout dans la classe pauvre et dans le diabète maigre.

Début insidieux avec peu de signes pulmonaires, mais amaigrissement rapide et fièvre hectique.

Pneumonie.

Grave, parfois foudroyante.

Broncho-pneumonies.

Par infections secondaires.

Gangrène pulmonaire.

3. Complications cardio-artérielles.

Cœur graisseux, dilaté.

Gangrène diabétique.

Gangrène sèche siégeant surtout sur les membres inférieurs.

4. Complications urinaires et générales.

Albuminurie.

Balanoposthite, avec ou sans phimosis, rentre dans les diabétides génitales (Fournier), et existe fréquemment

ainsi que du prurit et de l'érythème suintant ou eczématiforme.

5. Complications cutanées.

Furoncle ; anthrax ; eczéma.

6. Complications nerveuses.

Fatigue musculaire.
Paralysies diverses.
Pseudo-tabes diabétiques.
Névralgies.
Mal perforant plantaire.
Accidents sensoriels divers (surtout troubles oculaires : cataracte ; amblyopie ; paralysies oculaires).
Et surtout la complication de toutes la plus grave : le coma diabétique.

Coma diabétique.

Fréquence extrême, maximum entre 20 et 40 ans par fatigue ou émotion.

*Invasion.*

Prodromes vagues ; insomnie, vertiges et diminution des urines. L'haleine prend une odeur aigrelette et chloroformique (acétone).

L'urine est souvent albumineuse et renferme de l'acétone (le perchlorure de fer donne une coloration rouge Porto).

Dyspnée spéciale, toxique.

Troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée, ballonnement du ventre).

Selon la prédominance de tel ou tel symptôme on aura le coma à forme dyspnéique, à forme péritonitique, gastrique, etc.

*Période comateuse.*

Coma absolu avec perte de mouvement, de sensibilité, de toute conscience.

Hypothermie et mort en 2 à 4 jours.

**Diagnostic.**

Se fait par la réunion de :

1. Glycosurie.

2. Grands signes généraux ou petites complications ordinaires du diabète.

3. Et en tenant compte des antécédents (arthritisme, obésité).

Tous signes qui permettront de ne pas confondre avec une glycosurie simple, passagère.

Il faudra bien entendu être sûr de l'existence de sucre dans l'urine et ne pas confondre avec les réductions de la liqueur de Fehling que peuvent produire les urates, le chloral, le chloroforme, le copahu, le cubèbe et la térébenthine.

Enfin, il faut indiquer *le diagnostic du coma diabétique.*

Deux cas peuvent se présenter.

*a*) On ignore le diabète et il faudra passer en revue tous les comas (apoplectique, saturnin, urémique, celui de l'ivresse, des empoisonnements divers, en particulier celui de l'intoxication par l'opium.

*b*) On connaît l'existence du diabète.

Alors il faudra penser, en dehors du coma diabétique, au collapsus cardiaque, à l'apoplexie cérébrale et à l'urémie.

---

# DES VENTOUSES

**Définition.**

On appelle ventouse un récipient ordinairement en forme de cloche, qu'on applique sur une partie plus ou moins étendue de la surface du corps et dans lequel on raréfie l'air, de manière à faire affluer le sang dans toutes les parties qu'il recouvre (Terrier et Peraire).

**But.**

L'application des ventouses se fait dans deux buts, d'où des variations dans son manuel opératoire.

1. La ventouse est appliquée dans le but de faire de la dérivation et de la révulsion.

Elle attire le sang dans les capillaires superficiels, détermine la rupture de quelques-uns de ces capillaires, et par suite la formation parfois d'une ecchymose (variations individuelles nombreuses).

C'est la ventouse dite sèche ; les téguments sur lesquels on l'applique n'ayant pas été incisés.

2. La ventouse, appliquée sur les téguments préalablement incisés, scarifiés, constitue un moyen de saignée locale, le meilleur et le plus employé. C'est la ventouse dite scarifiée.

**1. Ventouses sèches.**

Décrire, en premier lieu, la ventouse classique et son mode d'application, indiquer ensuite les divers modèles dus à l'ingéniosité des fabricants et du reste abandonnés actuellement.

*A.* Ventouses sèches ordinaires.

a) *Description de la ventouse.*

Ampoules en verre à corps fortement renflé, à ouverture circulaire arrondie, limitée par des bord épais, et d'un diamètre variant entre 4 et 8 centimètres.

b) *Moyen d'y raréfier l'air.*

Nombreux et tous basés sur le même principe (dilatation de l'air chaud et raréfaction consécutive de l'air par refroidissement).

*a*) *Celui des hôpitaux* : l'orifice de la ventouse est mis trois à quatre secondes sur la flamme d'une lampe à alcool.

*b*) Projeter dans la ventouse un petit morceau de ouate ou de papier enflammé.

On devra seulement veiller à ce que :

1. Il ne reste pas de matières enflammées dans la ventouse.

2. Les bords n'aient pas été chauffés, toutes causes de brûlures.

c) *Application des ventouses.*

Le vide ainsi fait, on applique rapidement la ventouse sur les téguments.

Ces derniers auront été rasés s'il y a lieu ; et lorsque la peau est trop sèche, on aura intérêt à la graisser très légèrement avant.

La main qui applique la ventouse, la maintient quelques secondes, appliquant exactement les bords sur les téguments ; le vide se fait, la peau rougit et se gonfle ; la pression atmosphérique suffit dès lors à la maintenir.

On laisse la ventouse 3 à 5 minutes en place ; la peau continue à se congestionner, elle devient violacée et bombe encore plus dans la ventouse.

On la retire en la faisant basculer d'une main et en déprimant en sens inverse la peau.

Le nombre de ventouses sèches appliquées varie selon la région et le but. Sur la partie postérieure

du thorax on peut en appliquer aisément trente à quarante.

Cette application est rapide, la raréfaction de l'air et l'application ne demandant que quelques secondes. Il suffit pour en juger de voir avec quelle rapidité les appliquent les ventouseurs de profession.

*B.* Autres modèles de ventouses.

1. *Ventouses improvisées.*

Les verres à boire de divers modèles, en particulier les verres à Bordeaux, constituent des ventouses parfaites.

2. *Ventouses soi-disant perfectionnées.*

Les ventouses dans lesquelles la raréfaction de l'air est produite par la dilatation d'une poire de caoutchouc préalablement comprimée (type : ventouse Blatin).

Les ventouses qui, à leur extrémité, portent une tubulure avec robinet, par où l'air sera aspiré au moyen d'une petite pompe aspirante.

3. *Ventouses Junod.*

Destinées à produire une dérivation intense sur tout un membre, la jambe principalement.

La botte Junod est un gros cylindre métallique qui peut contenir la jambe et la moitié inférieure de la cuisse. Fermée à son extrémité inférieure, un manchon de caoutchouc l'applique en haut d'une manière intime sur la cuisse.

Le vide s'y fait avec une pompe aspirante.

C'est en somme un instrument peu pratique ; que la sinapisation étendue et surtout une petite saignée générale remplacent avantageusement ; et qui en outre peut produire des syncopes lorsqu'on pratique le vide trop rapidement.

## 2. Ventouses scarifiées.

Elles nécessitent, en plus des ventouses en verre ordinaires, l'emploi d'instruments destinés à sacrifier les téguments.

*Scarificateurs.*

*a*) Les uns quelconques, un rasoir de préférence, à la rigueur un bistouri ou une lancette.

Tendant la peau d'une main, saisissant légèrement l'instrument tranchant de l'autre, on trace une série d'incisions parallèles espacées de 3 à 4 millimètres, et longues de 3 à 5 centimètres en général ; incisions très superficielles.

*b*) Les autres, perfectionnés, scarificateurs mécaniques, permettant de pratiquer plus vite, plus sûrement et avec une douleur moindre les scarifications ; mais en revanche étant plus compliqués et difficiles à bien aseptiser.

Le modèle courant est le scarificateur en forme de tambour renfermant 12 lames parallèles qui par un mécanisme spécial à détente, sortent de l'appareil et exécutent un mouvement circulaire par lequel elles déterminent 12 incisions de la région sur laquelle l'appareil est appliqué.

*Manuel opératoire.*

1. Antisepsie sommaire de la région.

2. Appliquer une ventouse sèche ordinaire durant une à deux minutes de manière à congestionner les tissus. La retirer.

3. Scarifier rapidement, par un procédé quelconque, le cercle rouge laissé par la ventouse.

Le sang apparaît aussitôt.

4. Réappliquer une ventouse sèche ordinaire dans laquelle quelques grammes de sang s'écoulent et se coagulent rapidement.

5. Retirer la ventouse, laver la surface sanglante avec un antiseptique faible et appliquer ensuite une légère couche de ouate aseptique.

La cicatrice laissée, d'abord rouge, deviendra après quelque temps blanche et persistera indéfiniment.

*Variétés de ventouses artificielles.*

Ce sont les sangsues artificielles, dont la plus employée est la sangsue Heurteloup, petit appareil

renfermant à la fois un scarificateur et une ventouse à étroit orifice.

Elle n'est guère employée, sauf peut-être par quelques ophthalmologistes, et il est inutile de la décrire.

*Dans quels cas emploie-t-on les ventouses en pratique médicale.*

1. Les ventouses sèches s'appliquent presque exclusivement dans les affections pulmonaires. Elles constituent une excellente dérivation dans la bronchite aiguë, dans les poussées congestives qui surviennent chez les emphysémateux et les vieux bronchitiques ; et dans les diverses formes de congestion pulmonaire.

2. Les ventouses scarifiées agissent et par dérivation et par la saignée locale qu'elles déterminent, surtout si elles sont appliquées en grand nombre.

Dans toutes les congestions pulmonaires, dans la pneumonie franche, dans la péricardite aiguë (appliquées au nombre de 6 ou 8 sur la région précordiale), dans les néphrites aiguës (sur la région lombaire), leur emploi est courant.

Elles agissent très bien sur l'élément douleur, calment le point de côté de la pneumonie, les névralgies intercostales diverses.

3. Enfin les ventouses peuvent être employées dans des buts très spéciaux.

Dans le cas de plaie empoisonnée (piqûre de vipères), il faut, après débridement crucial de la plaie, appliquer aussitôt une ventouse sèche où s'écoulera le sang chargé d'une partie des principes venimeux.

Dans le cas d'engorgement des seins, une ventouse sèche permettra d'évacuer le lait accumulé.

---

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 24*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 24**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Articulation radio-carpienne.** |
| II. | — . . . | **Muscles fléchisseurs des doigts.** |
| III. | — . . . | **Pli du coude.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Plaies de la main. Leur traitement.** |
| II. | — . . . | **Symptômes et diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# ARTICULATION RADIO-CARPIENNE

## Définition.

L'articulation radio-carpienne est celle qui rattache l'un à l'autre l'avant-bras et la main, c'est-à-dire le segment moyen et le segment terminal du membre supérieur.

## Surfaces articulaires.

Les os en présence sont : du côté de l'avant-bras, le radius dont la facette inférieure est complétée en dedans par l'adjonction du ligament triangulaire.

— Du côté de la main, les os de la première rangée du carpe, scaphoïde, semi-lunaire, pyramidal.

Les os du carpe unis entre eux forment un condyle reçu dans une cavité formée par la surface articulaire antibrachiale.

*Du côté de l'avant-bras.*

*Radius.*

Présente au niveau de son extrémité inférieure une surface articulaire excavée dont le bord postérieur descend un peu plus bas que le bord antérieur regardant en bas et légèrement en avant.

Cette facette est subdivisée en deux portions par une crête sagittale. La portion externe est triangulaire, c'est celle qui entre en contact avec le scaphoïde. La portion interne est quadrangulaire. Elle se mettra en contact avec le semi-lunaire.

*Ligament triangulaire.*

Complète en dedans la surface articulaire antibrachiale, il est sous-jacent à la tête du cubitus.

Par son sommet il s'insère dans une petite

dépression située à la base de l'apophyse styloïde du cubitus. Par sa base il touche la surface radiale, par sa surface inférieure il entre en contact avec une partie du semi-lunaire et une partie du pyramidal.

*Du côté du carpe.*

Condyle formé par l'union des scaphoïde, semi-lunaire et pyramidal. C'est la face supérieure de ces os qui entre en contact avec la surface articulaire présentée par l'avant-bras. Cette face supérieure est encroutée de cartilage qui se prolonge davantage vers la face postérieure du carpe que vers la face antérieure.

**Moyens d'union.**

CAPSULE.

Plus lâche en arrière qu'en avant.

S'insère en haut au pourtour des surfaces articulaires, c'est-à-dire aux bords de la surface radiale et du ligament triangulaire.

— En bas au rebord cartilagineux du condyle carpien.

LIGAMENTS.

*Passifs.*

*Ligament antéro-externe* (Sappey).

Situé à la partie antérieure de l'articulation.

*Insertions.*

*Antibrachiale.*

— Face antérieure de l'apophyse styloïde du radius.

— Bord antérieur de l'extrémité inférieure du radius.

*Carpienne.*

Le ligament se divise en deux faisceaux.

— Faisceau supérieur :

Fibres profondes : semi-lunaire.

— Fibres superficielles : pyramydal.

— Faisceau inférieur : grand os.

*Rapports.*

Entre le faisceau supérieur et le rebord du radius est un orifice par où fait hernie la synoviale — de même entre le faisceau supérieur et le faisceau inférieur.

*Ligament intéro-interne* (*Sappey*).

*Insertions.*

*Antibrachiale.*

— Bord antérieur du ligament triangulaire.

— Fossette de la base de l'apophyse styloïde du cubitus.

*Carpienne.*

Par deux faisceaux.

— *Faisceau supérieur ou externe.* — Semi-lunaire en passant sous le faisceau supérieur du ligament antéro-externe.

— *Faisceau inférieur ou interne.* — Pyramidal, grand os.

*Ligament postérieur.*

(Sappey décrivait, de même que tous les classiques deux ligaments postérieurs).

*Insertions.*

*Antibrachiale.*

— Bord postérieur de l'extrémité inférieure du radius.

*Carpienne.*

— Face dorsale du pyramidal.

Quelquefois divisé en deux faisceaux.

*Ligament latéral externe.*

*Situation.*

Au côté externe de l'articulation.

*Forme.*

Vertical, triangulaire, à base inférieure.

*Insertions.*

*Antibrachiale.*

— Sommet de l'apophyse styloïde du radius.

*Carpienne.*

— Scaphoïde et particulièrement au tubercule de cet os.

*Ligament latéral interne.*

*Situation.*

A la partie interne de l'articulation.

*Insertions.*

*Antibrachiale.*

— Base de l'apophyse styloïde du cubitus qu'il entoure comme une gaîne.

*Carpienne.*

Pyramidal, pisiforme.

Les classiques décrivent à ce ligament une forme tubuleuse que Poirier n'admet pas.

*Actifs.*

Tendons voisins.

*En arrière.*

Tendons :

— Extenseur commun.

— Extenseur propre du cinquième doigt.

— Cubital postérieur.

— Extenseur de l'index.

— Long extenseur du pouce.

— Radiaux.

*En avant.*

Tendons :

— Fléchisseurs communs superficiel et profond.

— Grand palmaire.
— Fléchisseur propre du pouce.
— Cubital antérieur.

*En dehors.*

Tendons :

— Court extenseur et long abducteur du pouce.

**Synoviale.**

S'insérant au pourtour cartilagineux des surfaces articulaires. Revêt la face profonde de la capsule.

Peut communiquer avec la synoviale de l'articulation radio-cubitale inférieure, — avec la synoviale de l'articulation piso-pyramidale.

Prolongements : à l'intérieur du ligament latéral interne, — entre les fibres et faisceaux des ligaments antérieurs et postérieur.

**Rapports.**

*En avant.*

— Tendons fléchisseurs et du grand palmaire servant de ligaments actifs.
— Nerf médian, nerf cubital, artère cubitale.
— Ligament antérieur annulaire du carpe.

*En arrière.*

— Tendons extenseurs et radiaux.
— Gaînes synoviales de ces tendons.
— Ligament dorsal annulaire du carpe.
— Réseau artériel dorsal du carpe.

*En dehors.*

— Tendons court extenseur et long abducteur du pouce.
— Tendon du long extenseur du pouce.
— Entre ces tendons une dépression : tabatière anatomotique, traversée profondément par l'artère radiale et superficiellement par la veine céphalique du pouce.

*En dedans.*

— Tendons des muscles cubitaux.

**Vaisseaux.**

Rameaux provenant de : l'arcade transverse antérieure du carpe, artère interosseuse antérieure, branches ascendantes de l'arcade palmaire profonde, pour la partie antérieure.

De : Artère interosseuse postérieure, artère transverse postérieure du carpe, pour la partie postérieure.

**Innervation.**

Filets des nerfs radial, cubital et médian.

**Physiologie.**

Flexion de la main sur l'avant-bras; extension de la main sur l'avant-bras, se font autour d'un axe transversal; ne sont complètes que par l'existence de mouvements dans l'articulation médio-carpienne.

Abduction et adduction.

Circumduction ; main décrit un cône à base inclinée du côté cubital.

Rotation peu marquée ne se produit que grâce à l'existence de mouvements dans l'articulation médio-carpienne.

---

# MUSCLES FLÉCHISSEURS DES DOIGTS

## Définition.

Ces muscles qui produisent la flexion des doigts sont : le fléchisseur commun superficiel, le fléchisseur commun profond, le fléchisseur propre du pouce ; on trouve de plus dans l'éminence thénar un petit muscle dit court fléchisseur du pouce, et dans l'éminence hypothénar un muscle dit court fléchisseur du petit doigt. Malgré leur nom, ces deux derniers muscles participent peu à la flexion des doigts auxquels ils sont annexés. Leur étude rentre plutôt dans le cadre des éminences thénar et hypothénar, aussi n'étudierons-nous ici que les muscles à insertion antibrachiale ou longs fléchisseurs.

## Description.

*A.* Muscle long fléchisseur commun superficiel des doigts.

*Situation.*

S'étend depuis l'épitrochlée en haut jusqu'à l'extrémité supérieure de la deuxième phalange des quatre doigts internes. Il forme une couche intermédiaire aux muscles : cubital antérieur, grand et petit palmaire, rond pronateur, situés plus superficiellement que lui ; long fléchisseur profond commun et long fléchisseur propre du pouce, situés plus profondément.

*Forme.*

Long et charnu dans sa partie supérieure, divisé en quatre tendons inférieurement.

*Insertions.*

*Supérieures.*

*Chef interne.*

— Face antérieure de l'épitrochlée.

— Ligament latéral interne du coude.

— Tubercule coronoïde du cubitus.

— Bord interne de l'apophyse coronoïde.

*Chef externe.*

— Moitié supérieure du bord antérieur du radius.

Entre les deux chefs, le corps charnu forme une arcade à concavité supérieure et externe sous laquelle passe le nerf médian.

Le corps charnu, une fois formé, se divise bientôt en deux plans :

α) *Plan superficiel.*

— Se divisant bientôt en deux ventres charnus aboutissant chacun à un tendon. Des deux tendons l'un gagne le médius, l'autre l'annulaire.

β) *Plan profond.*

— Forme un véritable muscle digastrique, présentant un corps charnu supérieur, et deux corps charnus inférieurs, aboutissant chacun à un tendon ; de ces deux tendons, l'un va au cinquième doigt, l'autre à l'index.

Les tendons, au nombre de 4 et étagés en deux plans, passent sous le ligament antérieur annulaire du carpe ; traversent la paume de la main en divergeant et gagnent les doigts où ils s'engagent dans une gouttière ostéo-fibreuse formée par la face antérieure de la première phalange en arrière, par une lame fibreuse allant d'un bord à l'autre de la phalange en avant.

Dans ce trajet, le tendon se divise en deux lamelles, entre les deux passe le tendon venu du muscle fléchisseur profond, les deux lamelles du tendon superficiel se rapprochent, ensuite se soudent l'une à l'autre pour gagner l'insertion :

*Inférieure.*

— Partie moyenne des bords rugueux qui limitent la face palmaire de la deuxième phalange.

**Rapports.**

*A l'avant-bras.*

*En avant.*

— Muscle rond pronateur.
— Muscle grand palmaire.
— Muscle petit palmaire.
— Muscle cubital antérieur.
— Artère radiale (tout à fait en dehors).
— Branche antérieure du nerf radial.

*En arrière.*

— Muscle fléchisseur propre du pouce.
— Muscle long fléchisseur commun profond.
— Nerf cubital, artère cubitale.
— Nerf médian, artère du nerf médian.

*Au poignet.*

*En avant.*

— Ligament antérieur annulaire du carpe.

*En arrière.*

— Tendons profonds.

*En dehors.*

— Nerf médian.

*A la main.*

*En avant.*

— Arcade artérielle palmaire superficielle.
— Rameaux terminaux du nerf médian.
— Aponévrose palmaire médiane.

*En arrière.*

— Tendons profonds.

— Muscles lombricaux.

Tendons superficiels sont en même temps que les tendons profonds entourés par la gaîne synoviale cubitale de la paume.

*B.* Muscle fléchisseur commun profond des doigts.

*Situation.*

— A la couche tout à fait profonde de la région antérieure de l'avant-bras, appliqué contre le ligament interosseux en dedans du fléchisseur propre du pouce.

*Insertions.*

*Supérieures.*

— Deux-tiers supérieurs de la face antérieure, de la face interne, des bords antérieur et interne du cubitus.

— Partie correspondante du ligament interosseux.

— Portion de l'aponévrose antibrachiale étendue entre le bord postérieur du muscle cubital antérieur et le bord postérieur du cubitus.

— Bord interosseux du radius sur un léger espace un peu au-dessous de la tubérosité bicipitale.

*Inférieures.*

Tendon perfore le tendon superficiel et s'insère à la partie supérieure et antérieure de la troisième phalange.

*Corps charnu.*

D'abord unique, se sépare en quatre ventres placés sur le même plan. Chacun d'eux aboutit à un tendon. Il existe 4 tendons destinés aux 4 doigts internes. Le faisceau charnu se jetant sur le tendon de l'index est le plus volumineux.

*Les quatre tendons* restent juxtaposés sur un plan horizontal. S'engagent dans le canal carpien au-dessous des tendons superficiels et dans la paume de la main ils divergent, chacun d'eux étant sous-jacent à un tendon superficiel. Sur eux s'insèrent les muscles lombricaux.

*C.* Muscle long fléchisseur propre du pouce.

*Situation.*

— Sur le même plan que le fléchisseur commun profond, mais en dehors de lui.

*Insertions.*

*Supérieures.*

— Face antérieure du radius, depuis la partie voisine de la tubérosité bicipitale jusqu'à la partie donnant insertion au carré pronateur.

— Partie adjacente de la membrane interosseuse.

— Reçoit une anastomose venue du muscle fléchisseur superficiel.

*Inférieures.*

— Base de la phalange unguéale.

*Corps charnu.*

— Penniforme, aboutit au tendon qui longe son bord cubital.

*Tendon.*

— Passe dans la partie externe du canal carpien, puis entre les deux faisceaux du court fléchisseur du pouce.

— Dans le canal ostéo-fibreux du pouce.

— Entre les deux sésamoïdes de l'articulation métacarpo-phalangienne.

*Rapports des deux muscles de la couche profonde.*

*En avant.*

— Nerf cubital.

— Artère cubitale.
— Muscle fléchisseur commun superficiel.

*Entre les deux muscles profonds.*
— Nerf médian ; artère du nerf médian.

*En arrière.*
— Membrane interosseuse.
— Artère interosseuse antérieure.
— Nerf interosseux.

**Irrigation des muscles fléchisseurs.**

Artères musculaires venues des artères radiale et cubitale.

**Innervation des muscles fléchisseurs.**

*Muscle fléchisseur superficiel.*
— Quatre à six filets venant du nerf médian.

*Muscle fléchisseur commun profond.*
— Deux faisceaux externes sont innervés par un ou deux filets du médian.
— Deux faisceaux internes reçoivent deux filets du nerf cubital.

*Muscle fléchisseur propre du pouce.*
— Un rameau du médian.

**Action des muscles fléchisseurs.**

Fléchisseur superficiel amène la flexion de la deuxième phalange sur la première.

Fléchisseur profond amène la flexion des deuxième et troisième phalange sur la première.

Les fléchisseurs des premières phalanges sont les interosseux. L'action des longs fléchisseurs sur elles est nulle.

Pour que les fléchisseurs puissent agir, il faut que la première phalange soit immobilisée, et elle l'est par la contraction des extenseurs qui précède toujours celle des fléchisseurs.

Long fléchisseur propre du pouce n'agit également que sur la deuxième phalange; il agit sur la première phalange très peu, et nullement sur le premier métacarpien (Duchenne de Boulogne).

# PLI DU COUDE

**Définition.**

On décrit sous le nom de pli du coude l'ensemble de tous les tissus constituant et entourant l'articulation du coude. Mais on réserve la majeure partie de la description à la partie antérieure de la région, c'est-à-dire à l'épaisseur des tissus situés entre la face antérieure de la région et l'articulation du coude.

**Limites.**

Arbitraires et conventionnelles, formées par deux lignes horizontales passant à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous du pli cutané de la face antérieure de la région.

CONFIGURATION EXTÉRIEURE DE LA RÉGION.

*Face antérieure.*

— Deux saillies musculaires latérales formées en dehors par les muscles épicondyliens, en dedans par les muscles épitrochléens.

— Une saillie musculaire médiane formée par le biceps et le brachial antérieur.

— Entre les trois saillies musculaires : deux gouttières formant un V à pointe inférieure et ayant une branche interne et une branche externe.

*Face postérieure.*

— Une saillie osseuse médiane : olécrâne.

— De chaque côté deux gouttières, au niveau desquelles l'articulation est parfaitement accessible.

*En dehors.*

— Saillie osseuse de l'épicondyle.

*En dedans.*

— Saillie osseuse de l'épitrochlée.

**Description.**

(Suivant l'ordre de la dissection).

En partant de la face antérieure.

α) *Peau.*

— Mince, permettant de voir par transparence les veines sous-jacentes.

Pli cutané transversal existant dans la flexion de l'avant-bras, mais disparaissant dans l'extension. Il est situé à 2 ou 4 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire.

β) *Couche cellulo-graisseuse sous-cutanée antérieure.*

Abondante chez les enfants et les femmes, pouvant par son épaisseur s'opposer à la saignée. On peut cependant, même dans ces cas d'abondance du tissu adipeux, sentir par la palpation les veines qui affectent la forme d'un cordon mou et fluctuant.

γ) *Plan vasculo-nerveux superficiel.*

*Veines.*

Disposition classique. M. veineux formé par la veine médiane de l'avant-bras se divisant au niveau du pli du coude en deux branches : veine médiane basilique en dedans, allant s'anastomoser avec la veine cubitale pour former la veine basilique du bras.

— Veine médiane céphalique, se dirigeant en dehors, s'anastomose avec la veine radiale pour former la veine céphalique du bras.

Au point de bifurcation de la veine médiane, anastomose avec les veines profondes.

On décrit aujourd'hui différemment cette disposition. La veine radiale se compose de deux troncs parallèles : l'un arrive au pli du coude, au sommet du V, et s'y divise en médiane céphalique et médiane basilique. La médiane basilique s'anastomose avec la cubitale et forme comme précédemment la basilique du bras. Elle reçoit chemin faisant la veine médiane de l'avant-bras qui est petite, inconstante et quelquefois remplacée par un réseau.

— La veine médiane céphalique s'anastomose avec le deuxième tronc radial et forme la veine céphalique du bras.

Dans ces deux cas, la veine médiane basilique est antérieure à l'artère humérale qu'elle croise obliquement et dont elle n'est séparée que par l'expansion aponévrotique du biceps. A cause de ce rapport, il faut de préférence saigner la veine céphalique.

*Nerfs.*

*En dehors.*

*Nerf musculo-cutané.*

— Traverse l'aponévrose brachiale à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pli du coude.

Filets se portent en arrière de la veine médiane céphalique et se terminent dans la peau de l'avant-bras.

*En dedans.*

*Nerf brachial cutané interne.*

— Filets passent pour la plupart en avant de la veine médiane basilique. C'est une deuxième raison pour laquelle il ne faut pas saigner cette veine.

δ) *Premier plan aponévrotique.*

— Se continuant en haut avec l'aponévrose du bras, et en bas avec celle de l'avant-bras.

Il est renforcé en dedans par *l'expansion aponévrotique du biceps* qui, se détachant du côté interne et de la face antérieure du tendon du biceps, se dirige en bas, en dedans et en arrière, elle se termine sur le bord postérieur du cubitus et l'on a dit que c'était l'insertion cubitale du biceps.

Cette expansion recouvre l'artère humérale.

ε) *Plan vasculo-nerveux sous-aponévrotique.*

*Artère humérale.*

— Dirigé, obliquement en bas et en dehors ; à la partie inférieure de la région, elle se bifurque en artère radiale et artère cubitale.

Elle est sous-jacente à l'expansion aponévrotique du biceps et à la veine médiane basilique.

*Veines humérales.*

— Au nombre de deux, l'une interne, l'autre externe ; s'envoient de nombreuses anastomoses qui enlacent l'artère. Sont anastomosées avec les veines superficielles par une branche aboutissant à l'angle médian de l'M.

*Nerf médian.*

— Situé en dedans de l'artère dont il est séparé par le chef coracoïdien du rond pronateur.

— Il passe entre les deux chefs d'insertion supérieure du rond pronateur.

Sur le même plan : existe le *tendon du muscle biceps* ; il est situé en dehors de l'artère humérale. Il s'enfonce profondément vers la point du V, et gagne la tubérosité bicipitale du radius.

Bourse séreuse entre la partie antérieure de la tubérosité bicipitale du radius et le tendon du muscle.

— Dans la branche interne du V, entre le brachial antérieur et les muscles épitrochléens. *Artère récurrente cubitale antérieure*, allant s'anastomoser avec les rameaux terminaux des artères collatérales interne, supérieure et inférieure de l'humérale.

— Dans la branche externe du V, *artère récurrente radiale antérieure*, allant s'anastomoser avec la partie terminale de l'artère collatérale externe de l'humérale.

ζ) *Premier plan musculaire.*

*Muscle brachial antérieur.*

— Passe en avant de l'articulation du coude et tendon, va s'insérer à la face inférieure de l'apophyse coronoïde.

*En dehors.*

*Muscles épicondyliens.*

— Muscle long supinateur.
— Premier radial et second radial externe.
— Muscle court supinateur.

*En dedans.*

*Muscles épitrochléens.*

— Muscle rond pronateur.
— Muscle grand palmaire.
— Muscle petit palmaire.
— Muscle cubital antérieur.
— Muscle fléchisseur superficiel et muscle fléchisseur profond des doigts.

Sur le même plan : entre le long supinateur et le brachial antérieur : *nerf radial* qui un peu plus bas se divise en deux branches, l'une anté-

rieure cheminant sous le long supinateur; l'autre postérieure gagnant à travers le muscle court supinateur la face postérieure de l'avant-bras.

η) *Plan osseux et articulation du coude.*

(Qu'il faut simplement citer sans les décrire).

Parler du nerf cubital passant entre l'olécrâne et l'épitrochlée; de l'artère récurrente cubitale postérieure passant par la même gouttière et s'anastomosant avec les branches postérieures des collatérales internes de l'humérale; de l'artère radiale postérieure passant entre l'olécrâne et l'épicondyle et s'anastomosant aux branches de l'artère collatérale externe.

θ) *Deuxième plan musculaire.*

*Muscle triceps.*

— S'insérant par un tendon très épais à la face supérieure de l'olécrâne et aux bords latéraux.

*Muscle anconé.*

Bourse séreuse entre l'humérus et le triceps.

ι) *Deuxième plan aponévrotique.*

κ) *Couche cellulo-adipeuse postérieure.*

Contenant la bourse séreuse olécrânienne.

λ) *Peau de la face postérieure du coude.*

Plus épaisse et moins sensible que celle de la face antérieure.

# PLAIES DE LA MAIN
# LEUR TRAITEMENT

Fréquence considérable. Importance très variable selon la nature du traumatisme et son étendue.

*a*) Plaies superficielles.

Bénignes. Cependant lorsqu'elles ont été produites par des corps chargés de substances septiques, ou que, mal surveillées, elles ont permis l'inoculation de germes infectieux, elles peuvent être le point de départ de lymphangites, d'adénites (axillaire le plus souvent), ou d'une infection générale grave.

La piqûre anatomique représente le type des plaies superficielles graves.

*b*) Plaies profondes.

Ce sont les seules qu'il faille étudier en détail.

Résumer rapidement leurs variétés :

1. *Plaies par instruments piquants.*

Des corps étrangers (bois ; verre ; pointes d'aiguille) peuvent rester dans la blessure.

2. *Plaies par instruments tranchants.*

3. *Plaies par écrasement.*

Ce sont celles qui dans les cas de contusions intenses amènent les plus grands délabrements produisant des pertes de substance étendues, des plaies anfractueuses avec broiement des os, ouverture des articulations.

4. *Plaies par arrachement.*

Arrachement des doigts et ruptures tendineuses ou musculaires éloignées.

5. *Plaies par armes à feu.*

Rentrent dans les variétés précédentes principalement dans les plaies par écrasement.

## Etude clinique.

1. Toutes ces plaies, lorsqu'il n'y a pas d'inoculations septiques et pas de complications par blessure des divers organes passant dans le creux de la main, lorsqu'en outre le squelette et les articulations sont intacts, sont d'un pronostic bénin.

Elles évoluent normalement vers la guérison, laissant des cicatrices variables selon la nature du traumatisme.

2. Ces plaies sont, il est vrai, fréquemment infectées. La présence de corps étrangers, de terre, de débris de verre, de métaux ou de bois, augmente leur gravité.

Bien qu'elles aient largement bénéficié de la méthode antiseptique, elles peuvent néanmoins donner lieu à plusieurs complications infectieuses, en particulier :

*Lymphangite.*
*Phlegmon de la main ; du bras.*
*Tétanos.*

3. Mais ce qui les rend particulièrement intéressantes, ce qui exige surtout une intervention chirurgicale spéciale, ce sont leurs complications spéciales.

## Complications des plaies de la main.

On décrit sous ce nom :

*L'ouverture des gaînes synoviales.*
*Les blessures des tendons.*
*Les blessures des artères et des nerfs.*
*Les fractures et les luxations des os.*

C'est sur ces complications et sur leur traitement qu'il est utile d'insister.

*a*) Ouverture des gaînes synoviales.

Se diagnostique par le siège et la profondeur de la plaie, la dénudation d'un tendon.

Dangers d'infection et de phlegmon des gaines ;

possibilité de formation d'adhérences et de gène des mouvements des doigts.

*b*) Blessures des tendons.

Portent surtout sur les extenseurs et sont moins graves que celles portant sur les fléchisseurs.

Il y a perte des fonctions du doigt auquel se rend le tendon ; le doigt est entraîné par le tendon antagoniste. En même temps le bout central du tendon remonte et nécessitera le plus souvent un large débridement pour être ressaisi.

*c*) Blessures des artères.

Complication grave et fréquente. Ce sont les blessures de l'artère radiale (premier espace interosseux ; éminence thénar), et celles de l'arcade palmaire superficielle qui sont fréquentes.

Les hémorrhagies auxquelles ces blessures donnent naissance sont immédiates (primitives), ayant les caractères de l'hémorrhagie artérielle, arrêtées par la compression de la radiale ou de la cubitale (ce n'est pas absolu, du reste, des anomalies artérielles ou l'artère interosseuse rendant inefficace à la compression simultanée des deux gros vaisseaux de l'avant-bras).

L'hémorrhagie peut se faire ou se renouveler quelques heures après (récurrente). Elle peut enfin être secondaire et produite par la suppuration.

*d*) Blessures des nerfs.

Siègent le plus souvent à la face palmaire sur le nerf médian ou le nerf cubital.

Les troubles qu'amène leur blessure sont surtout nets lorsque la partie terminale des troncs nerveux au niveau du ligament annulaire du carpe est atteinte.

Il y a suppression du mouvement et de la sensibilité dans la zone innervée par le nerf.

Le diagnostic est principalemeut fait par l'examen de la sensibilité cutanée des doigts et de la main. Cependant le phénomène de la sensibilité récurrente (Arloing et Tripier) amène des causes d'erreur.

D'une manière générale :

La section du médian amène la perte de sensibilité de l'éminence thénar, de la face palmaire des trois premiers doigts et de la partie externe du quatrième.

Le pouce ne peut plus s'opposer.

La section du cubital amène la perte de la sensibilité de l'éminence hypothénar, du cinquième doigt et de la moitié interne de l'annulaire.

Plus tard l'atrophie des interosseux amènera une déformation de toute la main : griffe cubitale.

*e*) Fractures et luxations.

Ne se rencontrent que dans des traumatismes intenses (écrasements par machines ; éclatement d'armes à feu).

Les articulations sont ouvertes, les tendons dilacérés ; des esquilles disséminées partout.

## Traitement.

1. *Plaies non compliquées.*

Superficielles ou profondes, elles devront être soigneusement désinfectées ; suturées s'il y a lieu, et recouvertes d'un pansement occlusif.

Si on a lieu de supposer la plaie infectée, lorsqu'elle sera souillée de terre ou de débris quelconques, on devra la brosser énergiquement, l'inonder de permanganate et appliquer un pansement humide.

Dans les cas de traumatismes graves de plaies étendues, déchiquetées, la plaie devra être désinfectée et régularisée sous le chloroforme.

2. *Plaies compliquées.*

Même conduite et traitement spécial des complications.

a) *Des tendons.*

Suture des deux bouts tendineux.

Mettre la main en position forcée de flexion (si blessure des fléchisseurs), ou d'extension (si extenseurs).

b) *Des artères.*

Ligature dans la plaie si possible, ou mise d'une pince à demeure durant 2 à 3 jours (doit se faire sur les deux bouts de l'artère blessée).

Tamponnement ; solution de gélatine.

Si cela ne suffit pas, débridement large, ou ligature des artères de l'avant-bras.

c) *Des nerfs.*

Suture si possible, même tardive.

*Fracas osseux.*

Tenter la conservation.

Immobiliser dans une bonne attitude sous un abondant pansement ouaté. Plus tard enlever les séquestres et régulariser.

---

# SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE L'URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE CHEZ L'HOMME

La blennorrhagie est une maladie infectieuse, presque exclusivement de nature vénérienne et causée par un agent pathogène bien déterminé, le gonocoque de Neisser.

Sa localisation uréthrale est chez l'homme de toutes la plus fréquente.

## Description clinique.

L'uréthrite blennorrhagique est aiguë ou chronique, cette dernière forme succédant à la première.

Etudier tout d'abord la forme aiguë et prendre un cas moyen, car selon l'intensité des phénomènes inflammatoires et surtout des phénomènes douloureux qui l'accompagnent, elle peut être subaiguë ou suraiguë.

## Uréthrite aiguë.

1. Incubation.

De 3 à 8 jours en moyenne.

2. Début.

*a*) Le premier jour.

Chatouillement du méat, érections.

Le méat rougit, se gonfle, se colle.

*b*) Quelques heures après.

Sensation douloureuse, vague dans toute la verge ; miction pénible.

Ecoulement léger, visqueux, qui devient filant, louche, muco-purulent.

3. Période d'état.

A partir du deuxième jour elle est constituée.
Prendre le plan de description indiqué par Berdal.

a) *Aspect du pénis.*

Méat rouge, obturé par une croûte purulente. Gland plus ou moins tuméfié ; prépuce parfois œdématié.

Urèthre induré et douloureux.

b) *Ecoulement.*

*Ses caractères* :

Blanc, puis jaune, puis verdâtre, épais ; du véritable pus à partir du troisième jour.

Continu au début, il diminue assez vite.

*Sa recherche.*

Evident en général ; s'il est minime, il faudra savoir le rechercher.

1. En exprimant l'urèthre d'arrière en avant, à condition que le malade n'ait pas uriné depuis deux ou trois heures.

2. En encapuchonnant le gland dans un petit bonnet de ouate au centre duquel se déposera une goutte de pus.

3. En recherchant les taches empesées jaunes et vertes qu'il laisse sur la chemise.

c) *Troubles de la miction.* (*Douleur*).

Difficulté d'uriner causée par le gonflement de la muqueuse uréthrale, et surtout par la douleur. Celle-ci est aiguë, déchirante (chaudepisse), avec irradiations dans le périnée, et suit immédiatement la miction ou l'accompagne.

Douleur et écoulement constituent les deux grands symptômes.

En même temps l'urine, surtout au début de la miction, est trouble et lactescente (par balayage de l'urèthre).

d) *Erections et éjaculations.*

Erections fréquentes, atroces pour le malade,

survenant principalement la nuit, amenant l'insomnie et se terminant parfois par des éjaculations extrêmement pénibles.

L'urèthre peut être inextensible et on a alors dans l'érection le phénomène de la blennorrhagie cordée.

e) *Etat général.*

Léger état fébrile, céphalalgie, inappétence en même temps que troubles d'ordre moral.

4. Période de déclin.

Les signes fonctionnels (douleur, érections) s'atténuent et disparaissent du quinzième au vingt-cinquième jour.

L'écoulement diminue, il est opalin.

Il n'apparaît plus que le matin et demande à être recherché.

L'urine du début de la miction devient claire, mais renferme encore quelques filaments muqueux ou purulents.

Durée totale.

De 3 à 6 semaines et souvent plus ; peut-être un peu moins longue dans les formes subaiguës que dans les formes suraiguës et aiguës, ce qui n'a rien d'absolu du reste.

## Uréthrite chronique.

Succède à la forme aiguë. Marche chronique sans tendance à la guérison, entrecoupée de poussées subaiguës à la suite de coït, excès de boissons, surmenage physique.

a) *Localisée à l'urèthre antérieur.*

Goutte matinale ramenée par la pression (goutte militaire).

Filaments dans le premier jet d'urine du matin.

A l'explorateur à boule, points du canal plus douloureux.

b) *Localisée à l'urèthre postérieur, et coexistant fréquemment avec l'uréthrite antérieure.*

Goutte (par uréthrite antérieure).

Filaments même à la fin de la miction (épreuve des deux verres).

Sensibilité et rugosités de l'urèthre postérieur, reconnues par l'emploi de l'explorateur à boule.

Envies fréquentes d'uriner ; troubles sexuels ; prostatorrhée.

## Complications de l'uréthrite blennorrhagique.

Ne citer que les principales et ne pas les décrire.

*a*) Les unes locales et spéciales à l'homme.

Abcès périurèthraux ; phimosis ; adénite.

Balanoposthite.

Prostatite ; cowpérite.

Epididymite.

Complication fréquente qui laissera le plus souvent un noyau induré à la queue de l'épididyme et l'obstruction du canal déférent (stérilité si double).

Cystite, pyélite, pyélo-néphrite.

*b*) Les autres générales et communes à toute infection blennorrhagique.

Rhumatisme blennorrhagique.

Endocardite.

Localisations cutanées diverses.

*c*) Et l'opththalmie blennorrhagique.

## Diagnostic.

1. De la blennorrhagie aigue.

a) *Déterminer si l'écoulement provient ou non de l'urèthre.*

Difficile seulement lorsque le malade ne décalottant pas, le gland et le méat restent cachés par le prépuce.

L'écoulement purulent peut être dû à des

plaques muqueuses, à de l'herpès de la muqueuse du gland ou du prépuce, à de la balanite simple.

b) *L'écoulement provient de l'urèthre.*

*Est-il blennorrhagique ?*

C'est principalement par la recherche microscopique du gonocoque qu'on fera le diagnostic.

On dépose une parcelle de pus qu'on étale sur une lamelle de verre.

On fixe à la flamme, puis on colore d'une manière quelconque (de préférence à la solution aqueuse de bleu de méthylène).

On monte sur lame et on examine avec l'objectif à immersion.

S'il y a du gonocoque, on verra de petits diplocoques séparés par un espace clair et se regardant par leur face plane (en grains de café).

Les gonocoques sont disséminés dans la préparation ; mais, caractère spécial, ils siègent principalement dans l'intérieur des globules blancs ou à la surface des cellules épithéliales.

Cette recherche du gonocoque est utile ; parce qu'il y a d'autres uréthrites bactériennes (à microbes divers), des uréthrites diathésiques (goutte ?), des uréthrites médicamenteuses (par injections préservatrices).

Il peut y avoir enfin de l'herpès uréthral et des chancres uréthraux.

2. De la blennorrhagie chronique.

1. *Déterminer s'il existe une uréthrite chronique.*

Recherche des blennorrhagies antérieures. Y a-t-il une goutte ? Examen de l'urine.

2. *Quelle est son étendue ?*

Surtout par l'explorateur à boule.

3. *Est-elle contagieuse.*

Recherche répétée du gonocoque, surtout après excès d'épreuve et irritation par injection au nitrate d'argent.

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 24*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. —II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 25**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Muscles de l'éminence thénar.** |
| II. | — . . . | **Artères de la main.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Fractures compliquées.** |
| II. | — . . . | **Mal perforant.** |
| III. | — . . . | **Signes du tabes.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 32*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# MUSCLES DE L'ÉMINENCE THÉNAR

## Définition.

La paume de la main est divisée, aussi bien à la simple inspection qu'à la dissection, en trois régions : l'une médiane, les deux autres latérales. Les parties latérales sont légèrement en saillie, on les désigne sous le nom d'éminences. L'éminence externe, qui est située le long du bord radial de la main et au-devant du premier métacarpien, est *l'éminence thénar*.

Cette éminence thénar comprend des muscles qui sont en rapports avec les mouvements du pouce plus étendus que ceux des autres doigts.

Ces muscles sont au nombre de 4 :

Le court abducteur du pouce, sur le plan superficiel.
Le court fléchisseur et l'opposant, sur le plan moyen.
Le muscle adducteur du pouce, sur le plan profond.

## Description.

*A.* Muscle court abducteur du pouce.

*Situation.*

A la couche superficielle des muscles de l'éminence thénar. Etendu depuis le scaphoïde jusqu'à l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce.

*Forme.*

Aplatie, triangulaire, à base supérieure.

*Insertions.*

*Supérieures.*

1. Face antérieure et bord inférieur du ligament antérieur annulaire du carpe.

2. Scaphoïde.

3. Expansion venue du tendon du long abducteur.

*Inférieures.*

1. Tubercule externe de la première phalange du pouce.

2. Expansion passant sur la face dorsale de la phalange en arrière du tendon extenseur et allant se continuer avec une expansion pareille venue de l'adducteur.

Corps charnu et triangulaire, souvent divisé en deux plans : l'un superficiel, l'autre profond.

*Rapports.*

*Face superficielle.*

— Peau.

— Aponévrose de l'éminence thénar, dépendance de l'aponévrose palmaire.

*Face profonde.*

— Court fléchisseur, opposant.

Au milieu de ces insertions supérieures : artère radio-palmaire.

*B.* Muscle court fléchisseur du pouce.

*Situation.*

Sur le plan moyen ; accolé au bord interne de l'opposant avec lequel il est quelquefois tellement confondu qu'on ne peut l'en séparer. On a dit que ce n'était qu'un faisceau de l'opposant.

*Forme.*

Triangulaire, deux faisceaux : l'un superficiel, l'autre profond.

*Insertions.*

*Supérieures.*

*Faisceau superficiel.*

— Trapèze.

— Partie voisine du ligament antérieur annulaire.
— Gaine fibreuse du grand palmaire.

*Faisceau profond.*
— Trapézoïde.
— Grand os.

*Inférieures.*
Par un tendon unique qui résume les deux faisceaux.
— Sésamoïde externe.
— Tubercule externe de la première phalange du pouce.

*Corps charnu.*
Forme par ses deux faisceaux une gouttière où passe le tendon du long fléchisseur.

*Rapports.*
Outre le tendon du long fléchisseur.

*En avant.*
— Aponévrose, peau.
— Muscle court abducteur.

*En arrière.*
— Muscle adducteur.

*En dehors.*
— Muscle opposant.

*C.* Muscle opposant du pouce.

*Situation.*
Sur le même plan que le muscle court fléchisseur et en dehors de lui.

*Insertions.*

*Supérieures.*
1. Partie antérieure du ligament antérieur annulaire.
2. Crête du trapèze.

*Inférieures.*

— Versant externe de la face antérieure du premier métacarpien.

— Base de ce premier métacarpien.

*Corps charnu.*

Formé de fibres, les unes supérieures dirigées à peu près horizontalement en dehors ; les autres inférieures obliquement en bas et en dehors.

Souvent divisé en deux couches : l'une superficielle, l'autre profonde.

*Rapports.*

*Face superficielle.*

— Muscle court abducteur.

— Aponévrose, peau.

*Face profonde.*

— Faisceau profond du court fléchisseur.

— Premier métacarpien.

— Muscle adducteur.

*Bord supérieur.*

— Articulation du trapèze et du premier métacarpien.

*Bord inféro-interne.*

— Muscle court fléchisseur.

*D.* Muscle adducteur du pouce.

*Situation.*

Le plus profond des muscles de l'éminence thénar.

*Forme.*

Triangulaire, à base interne.

*Insertions.*

*Internes.*

1. Grand os.
2. Ligaments carpiens antérieurs.

3. Base et crête du second et du troisième métacarpien.

4. Aponévrose palmaire profonde, au niveau du troisième et du quatrième espace interosseux.

*Externes.*

— Sésamoïde interne.

— Tubérosité interne et supérieure de la première phalange du pouce.

*Corps charnu.*

Se divise en deux faisceaux, l'un formé par les fibres à insertion carpienne ; l'autre par les fibres à insertion métacarpienne. Entre les deux faisceaux passe l'artère radiale pour devenir arcade palmaire profonde.

Le faisceau supérieur est à direction oblique en bas et en dehors ; le faisceau interne est à direction horizontale.

Les classiques (Sappey) décrivent un autre faisceau naissant d'une arcade partant du trapèze et aboutissant à la face dorsale du premier métacarpien et à la base du second.

C'est ce faisceau qui envoie une expansion aponévrotique au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne allant sur la face dorsale de l'articulation s'unir à une expansion semblable du court abducteur et cravatant ainsi le tendon extenseur.

Henle puis Poirier font, des fibres formant ce faisceau, un premier interosseux palmaire.

*Rapports.*

*En avant.*

— Muscle court fléchisseur.

— Tendon du long fléchisseur propre.

— Tendons des muscles longs fléchisseurs communs.

— Muscles lombricaux annexés aux tendons de l'index.

— Muscle opposant.
— Muscle court abducteur.

*En arrière.*

— Muscle premier interosseux dorsal et second interosseux dorsal.

*Entre les deux faisceaux d'origine.*

— Artère radiale.

**Irrigation des muscles de l'éminence thénar.**

— Artère radio-palmaire.
— Rameaux de l'artère radiale.

**Innervation des muscles de l'éminence thénar.**

Rameau du nerf médian (muscles abducteur, opposant, court fléchisseur).

Branche profonde du nerf cubital (muscle adducteur).

Quelques filets viennent de la branche antérieure du radial et se terminent dans le court abducteur (Lejars).

**Action des muscles de l'éminence thénar.**

*Court abducteur et court fléchisseur* (Duchenne).

1. Flexion et *adduction* du premier métacarpien.
2. Flexion de la première phalange, rotation de telle sorte que la face antérieure de cette phalange regarde la face antérieure des autres doigts.
3. Extension de la seconde phalange, ce qui les rapproche des interosseux.

*Muscle opposant.*

— Adduction et rotation du premier métacarpien dont la partie antérieure regarde la face antérieure des autres doigts.

*Muscle adducteur.*

— Adduction énergique.
— Flexion de la première phalange et inclinaison en dedans.
— Extension de la deuxième phalange par l'intermédiaire de l'expansion aponévrotique dorsale.

# ARTÈRES DE LA MAIN

**Définition.**

Les artères de la main destinées soit à la région métacarpienne, soit aux doigts, sont fournies par les artères cubitale ou radiale qui viennent s'y terminer et s'anastomoser ensemble, soit par les branches collatérales issues de ces artères.

**Généralités.**

Variabilité extrême dans la disposition, un type classique de description a cependant été adopté mais qui répond seulement à la disposition la plus fréquente.

**Description.**

*A.* Face palmaire.

a) *Arcade palmaire superficielle.*

*Constitution.*

Anastomose de la partie terminale de l'artère cubitale avec une branche collatérale de l'artère radiale : *l'artère radio-palmaire* qui arrive à la partie moyenne de la paume en traversant la région thénar.

Cette anastomose se ferait, pour les anciens classiques (Sappey), sans qu'il y ait entre les deux artères une différence notable de calibre, et, de plus l'arcade ainsi formée serait régulièrement courbe, à concavité supérieure.

Poirier dit que l'artère cubitale est volumineuse, que l'artère radio-palmaire est au contraire très grêle et qu'elles ne semblent en

aucune façon se continuer l'une avec l'autre. L'artère cubitale semblerait plutôt, après avoir reçu l'artère radio-palmaire, se continuer avec l'artère quatrième digitale. De plus, l'arcade ainsi formée a plutôt la forme d'un angle aigu ouvert en haut.

*Rapports.*

Point le plus déclive de l'arcade correspond au point de croisement des deux lignes, l'une est la bissectrice de l'angle formé par le pli cutané moyen et supérieur ; l'autre prolonge le bord interne du pouce quand celui-ci est dans l'abduction forcée.

*En avant.*

— Peau.

— Aponévrose palmaire moyenne.

*En arrière.*

— Nerfs digitaux formés par les branches terminales du médian et du cubital.

— Tendons fléchisseurs superficiels et profonds ; muscles lombricaux.

Deux veines collatérales : l'une supérieure, l'autre inférieure.

*Branches collatérales.*

Aucune branche par la concavité.

Par la convexité :

α) *Branches musculaires pour l'éminence thénar.*

β) *Artères digitales.*

Dites : première, deuxième, troisième, quatrième, en allant du bord cubital de la main vers le bord radial.

*Trajet.*

Descendent sur le même plan que l'arcade entre l'aponévrose palmaire moyenne et les tendons fléchisseurs.

En regard de l'extrémité inférieure de l'espace intermétacarpien, l'artère digitale reçoit l'*artère interosseuse* branche de l'arcade artérielle profonde ; puis un peu plus bas, reçoivent les *artères perforantes inférieures* venues de la face dorsale à travers l'espace interosseux, et enfin se divisent en deux branches qui sont les *collatérales des doigts.*

*Première digitale.* — Pas de bifurcation, forme l'artère collatérale interne du petit doigt.

*Deuxième digitale.* — Collatérale externe du petit doigt ; collatérale interne de l'annulaire.

*Troisième digitale.* — Collatérale externe de l'annulaire ; collatérale interne du médius.

*Quatrième digitale.* — Collatérale externe du médius ; collatérale interne de l'index.

b) *Arcade palmaire profonde.*

*Constitution.*

Portion palmaire de l'artère radiale qui commence au point où cette artère traverse le premier espace intermétacarpien.

— Allant s'anastomoser avec une branche profonde de l'artère cubitale née pendant la traversée de la région hypothénar : *artère cubito-palmaire.*

Cette anastomose se fait à plein canal.

*Situation.*

A la partie profonde de la paume de la main, en arrière des tendons fléchisseurs, au-

devant des muscles interosseux et des métacarpiens.

Direction : transversale.

*Rapports.*

*En arrière.*

— Extrémité supérieure des quatre métacarpiens internes.

— Aponévrose palmaire profonde.

— Muscles interosseux.

*En avant.*

— Tendons fléchisseurs et leur gaîne synoviale.

— Muscle adducteur du pouce.

— Branche profonde du nerf cubital.

*En haut et en bas.*

— Veines collatérales.

*Branches collatérales.*

*Branches ascendantes.*

Os de la deuxième rangée du carpe ; articulations médio-carpiennes et carpo-métacarpiennes.

*Branches postérieures : perforantes.*

Dirigées d'avant en arrière, à travers l'extrémité supérieure de l'espace interosseux. Elle est entourée dans ce trajet par un cercle fibreux qui l'isole des muscles interosseux.

*Branches descendantes.*

*Nombre* : *4,* en y rattachant le tronc commun des collatérales du pouce et collatérale externe de l'index qui passe au-devant du premier espace intermétacarpien.

*Première interosseuse* : *tronc commun des collatérales du pouce et de la collatérale externe de l'index.*

Chemine en avant du premier inter-

osseux dorsal et en arrière du muscle adducteur du pouce. Donne d'abord l'artère collatérale externe du pouce qui passe entre les deux sésamoïdes pour gagner le bord externe du doigt. Plus loin se divise pour former les deux autres branches : collatérale interne du pouce ; collatérale externe de l'index.

*Deuxième interosseuse.*

Chemine au-devant du second espace intermétacarpien.

— Se jette dans la partie terminale de l'artère digitale près de sa bifurcation.

*Troisième interosseuse.*

*Quatrième interosseuse.*

Se comportent de même.

*B.* FACE DORSALE.

*Artère dorsale du pouce ou collatérale dorsale externe.*

*Origine.*

— Avant le passage de l'artère radiale dans la tabatière anatomique.

*Trajet.*

A la face dorsale du premier métacarpien.

A la face dorsale et au côté externe de la première phalange du pouce.

*Terminaison.*

Au niveau de la seconde phalange.

*Artère interosseuse dorsale du premier espace.*

*Origine.*

Au point où l'artère radiale s'enfonce dans la partie supérieure du premier espace interosseux.

*Trajet.*

A la face dorsale de ce premier espace interosseux.

*Terminaison.*

Bifurcation en :

— *Artère collatérale dorsale interne du pouce.*

— *Artère collatérale dorsale externe de l'index.*

*Arcade dorsale du carpe.*

*Constitution.*

Anastomose de :

Artère dorsale du carpe née de l'artère cubitale, contourne le cubitus et arrive à la face dorsale du carpe en passant au-dessous du muscle cubital postérieur.

Artère dorsale du carpe née de l'artère radiale, dans la tabatière anatomique.

*Rapports.*

*En avant.*

Os de la seconde rangée du carpe.

*En arrière.*

Tendons extenseurs.

*Branches collatérales.*

*Artères interosseuses postérieures.*

*Origine.*

A la convexité de l'arcade dorsale.

*Trajet.*

A la face postérieure de chaque espace interosseux.

*Anastomosées.*

Par les *artères perforantes supérieures*, branches de l'arcade profonde palmaire, avec cette arcade elle-même.

Par les *artères perforantes inférieures*, branches des interosseuses

dorsales elles-mêmes, avec les artères digitales de la face palmaire.

*Branches terminales.*

Collatérales dorsales des doigts.

*Seconde interosseuse.*— Collatérale dorsale interne de l'index ; collatérale dorsale externe du médius.

*Troisième interosseuse.*— Collatérale dorsale interne du médius ; collatérale dorsale externe de l'annulaire.

*Quatrième interosseuse.* — Collatérale dorsale interne du l'annulaire ; collatérale dorsale externe du petit doigt.

*Artère collatérale dorsale interne du petit doigt* naît séparément de l'arcade dorsale, mais est inconstante et toujours très grêle.

*C.* Collatérales des doigts.

α) *Palmaires.*

*Trajet.*

A la face latérale du doigt dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

*Anastomoses.*

Entre elles au niveau de la partie moyenne de chaque phalange.

*Branches collatérales.*

Pour les phalanges, tendons, tissu cellulaire.

*Branches terminales.*

Les deux artères d'un même doigt s'anastomosent ensemble dans la pulpe par des rameaux transversaux.

*Branches dorsales.*

Très grêles, ne dépassent jamais la partie moyenne de la seconde phalange.

# FRACTURES COMPLIQUÉES

On nomme fracture compliquée toute fracture dont le foyer communique avec l'extérieur par une plaie des téguments.

On leur donne encore le nom de fractures communicantes, fractures ouvertes, ou mieux, de fractures exposées, nom sous lequel les décrit Rieffel.

## Causes.

1. Fractures ouvertes d'emblée.

a) *Plaie produite de dehors en dedans.*

Comme type, les fractures par projectiles, par écrasement. Ce sont de beaucoup les plus fréquentes.

b) *Plaie produite de dedans en dehors.*

Un fragment osseux fait issue à travers les téguments.

C'est l'origine fréquente des fractures compliquées de jambe.

Souvent le malade, en essayant de se relever, amène cette perforation (cas classique d'Ambroise Paré).

2. Fractures ouvertes secondairement.

Par suite d'une eschare cutanée produite soit par contusion au moment de l'accident, soit par compression exercée par un fragment osseux déplacé, ou un appareil mal fait.

## Anatomie pathologique.

N'a rien de spécial ; et dépend essentiellement du mode de traumatisme et du mécanisme qui a déterminé l'ouver-

ture du foyer de fracture. Ouverture cutanée allant de la plaie presque imperceptible, aux vastes écrasements des parties molles, aux « écrabouillements — Rieffel ».

En général, lorsque la plaie est d'origine externe, elle est irrégulière, à bords contus, déchiquetés, décollés. Il y a multiplicité des esquilles osseuses ; le foyer est souillé de terre, de débris de vêtements.

## Etude clinique.

Indiquer très sommairement ici la symptomatologie des fractures en général.

a) *Interrogatoire.*

Intéressant dans le cas d'ouverture étroite, d'origine interne ou secondaire.

b) *Inspection.*

Modifications de volume, de longueur. Déformations spéciales. Examen symétrique de la région saine et de la région similaire traumatisée. Mensuration.

c) *Palpation.*

Mobilité anormale. Crépitation
Douleur localisée.

d) *Impotence fonctionnelle ou non.*

Quant au diagnostic de fracture exposée ou non, l'inspection suffit en général. Cependant dans le cas de plaie étroite, il peut être difficile de se prononcer. Il peut en effet, à la suite du traumatisme, exister une plaie superficielle sans communication avec le foyer fracturé.

La constatation d'un écoulement sanguin, noirâtre, persistant, hors de proportion avec les dimensions de la plaie cutanée, est, d'après Ricard, un bon signe de pénétration.

Dans certains cas on introduira, avec toutes les précautions aseptiques de règle, un stylet dans l'orifice cutané et on cherchera s'il peut aller toucher l'os.

Enfin en cas de doute on agira comme si la fracture était ouverte.

Evolution.

1. *Le foyer de la fracture est aseptique.*

Dans les cas de fracture simple avec plaie minime, ou plaie dont l'antisepsie est facile à réaliser, l'évolution est celle d'une fracture simple ; la plaie cutanée s'obturant rapidement.

Dans le cas de fracture comminutive avec esquilles, ces dernières peuvent, si l'asepsie est absolue, reprendre leur vitalité.

2. *Le foyer de la fracture est infecté.*

C'est le cas ordinaire.

Des phénomènes d'ostéite se produisent ; la guérison peut se faire sans nécrose après période de granulation et d'ossification. Des orifices fistuleux persisteront plus ou moins longtemps.

Le plus souvent la guérison a lieu après nécrose qui portera sur les esquilles et parfois même sur les fragments osseux. Des séquestres se formeront, seront expulsés, et ce n'est qu'alors que la guérison pourra se faire.

Ceux-ci, sont les cas heureux ; les fractures compliquées, infectées pouvant se compliquer de phlegmon diffus, érysipèle, gangrène foudroyante, infection purulente, septicémie, tétanos.

Dans la plupart des cas, il y a de la suppuration prolongée qui pourra emporter le malade.

Des fistules interminables indiqueront la présence d'un séquestre invaginé.

**Pronostic.**

Toujours sérieux par conséquent.

Dépendra de la nature de la plaie, des matières qui la souillent, de la rapidité de l'intervention.

**Traitement.**

1. Si l'on se trouve en présence d'une plaie minime ; antisepsie minutieuse et occlusion au collodion.

Un fragment osseux sort-il par la plaie, le réséquer et réduire.

2. En présence d'une plaie large, avec foyer de fracture infecté, endormir le blessé et nettoyer la plaie, la brosser à l'eau phéniquée forte avec la dernière minutie.

Enlever toutes les esquilles de petit volume, évacuer les caillots, arrêter les hémorrhagies, bourrer de gaze iodoformée et attendre.

3. Quant aux fractures par écrasement avec vastes délabrements, déchirures vasculaires et nerveuses, adopter le système de Reclus. Laver à l'eau à 55°. Pansement antiseptique ; surveiller l'évolution prêt à régulariser plus tard les moignons obtenus.

---

# MAL PERFORANT

Siégeant presque exclusivement à la plante du pied, d'où son appellation de mal perforant plantaire, il peut se rencontrer cependant en d'autres régions, au membre supérieur en particulier.

**Symptômes.**

Prendre comme type de description le mal perforant plantaire.

*Siège.*

En général au niveau des piliers de la voûte plantaire (soit au niveau de la tête du premier métatarsien, soit à celui du cinquième, soit enfin au talon).

C'est en somme à la face plantaire du gros orteil, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, qu'est son siège habituel.

*Aspect et évolution.*

Prendre la division classique de Kirmisson en 3 périodes.

1. *Période.*

Formation d'un durillon douloureux et développement d'une bourse séreuse sous-cutanée au-dessous.

Cette bourse s'enflammera, suppurera, laissant une poche anfractueuse qui continuera à laisser sourdre par un orifice fistuleux un liquide sanieux.

2. *Période.*

Aspect caractéristique :

« Ulcération arrondie à bords décollés, circonscrite par un bourrelet épidermique très épais, souvent notablement surélevé par rapport aux parties avoisinantes. Un pus sanieux, noirâtre, fétide, fait issue à

travers l'orifice fistuleux ; parfois on aperçoit au fond du trajet suppurant la surface ulcérée ou végétante du derme » (Kirmisson).

En plus de cet aspect, on constate l'anesthésie complète de l'ulcère et de sa périphérie ; en même temps, il existe des troubles trophiques divers (œdème ; déformation des ongles, sudation exagérée).

3. *Période.*

L'ulcération gagne en profondeur, dénudant les tendons, détruisant leurs gaînes, ouvrant les articulations, s'accompagnant enfin d'ostéite raréfiante. Tout le pied est alors envahi, des phlegmons, de la gangrène pourront survenir et emporter le malade.

*Marche.*

Essentiellement chronique, guérissant au début par le repos et un traitement approprié, reparaissant à la moindre fatigue.

Nécessitera parfois l'amputation ; et cependant le mal perforant pourra récidiver sur le moignon.

Autres variétés.

Siège parfois au membre supérieur à la région palmaire.

## Diagnostic.

Caractérisé par son siège, son mode de début, sa marche chronique, son indolence, sa résistance au traitement local, sa tendance à la récidive.

Diagnostic différentiel difficile. A faire avec :

*Les cors.*

*L'ostéo-arthrite des os du pied.*

*La dermo-synovite.*

A marche franchement aiguë.

*Les Ulcérations des diabétiques.*

*Les Ulcérations syphilitiques.*

Plaques muqueuses ou gommes.

**Etiologie et pathogénie.**

Surtout chez l'adulte et chez l'homme.

Influence de :

Professions exigeant la marche ou la station debout prolongées.

L'alcoolisme ; le diabète.

Et surtout les lésions du système nerveux central ou périphérique.

La section ou la compression du sciatique en particulier en sont fréquemment la cause.

Pathogénie très discutée.

Enumérer rapidement les principales théories.

1. *Théorie mécanique ou de la compression.*

Leplat, Gosselin, Tillaux.

2. *Théorie vasculaire.*

Il est en effet fréquent chez les gens présentant de l'athérome artériel.

3. *Théorie nerveuse.*

N'est qu'un trouble trophique spécial dû à des lésions du système nerveux central ou périphérique.

Duplay et Morat ont montré des lésions de névrite des nerfs de la jambe.

Sans avoir à prendre parti, cette dernière théorie est la plus admissible ; l'altération de l'innervation permettra la nécrobiose des tissus. Cette mortification s'observera plus spécialement chez les gens dont la circulation est défectueuse (athérome), et dans les points soumis à une pression fréquente et prolongée (Blum).

**Traitement.**

Repos et pansements antiseptiques surtout.

S'il y a de l'ostéite, des diverticules anfractueux, gratter et curetter.

Eviter autant que possible les amputations.

---

# SIGNES DU TABES D'ORSALIS

Affection médullaire caractérisée anatomiquement par la sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Duchenne de Boulogne la décrivit le premier sous le nom d'ataxie locomotrice progressive et lui donne comme principaux caractères : « l'abolition progressive de la coordination des mouvements et paralysie apparente contrastant avec l'intégrité de la force musculaire ».

Se rencontre presque exclusivement entre 30 et 50 ans, principalement chez l'homme et chez les individus exerçant des professions libérales. La syphilis a une influence prépondérante ; elle se rencontre dans les antécédents de près de 90 pour 100 des tabétiques.

Il est difficile d'en donner une description schématique tant les formes sont variables et les symptômes inconstants, il faut donc étudier les troubles appareil par appareil.

On peut cependant, pour donner plus d'ordre, prendre la division classique de la maladie en :

1. *Période préataxique.*
2. *Période ataxique.*
3. *Période cachectique ou de confinement au lit.*

## 1. Période préataxique.

Indiquer tout d'abord les symptômes principaux appareil par appareil. Les grouper ensuite en montrant les nombreuses diversités de début, et les petits signes qui permettront de déceler l'affection.

*A.* Troubles de sensibilité.

a) *Générale.*

*Douleurs fulgurantes.*

Isolées ou par crises durant des semaines, parcourant comme un éclair le membre infé-

rieur, parfois lancinantes et térébrantes, pouvant siéger également au tronc (*douleurs en ceinture*), au pied (*en brodequin*), au bras (*en bracelet*).

*Diminution du sens musculaire.*

Le malade mesure mal ses efforts. *Il perd ses jambes,* dans son lit.

*Zones d'anesthésie.*

En particulier à la région plantaire, ce qui amène la perte de sensation du sol.

*Abolition du réflexe rotulien.*

Signe de Westphall.

b) *Spéciale.*

Troubles des organes de la vision.

Paralysie des muscles moteurs de l'œil, en particulier de ceux innervés par la troisième paire (d'où ptosis et strabisme externe).

Myosis (rétrécissement de la pupille).

Signe d'Argyll Robertson ; c'est-à-dire perte du réflexe pupillaire à la lumière et conservation du réflexe à l'accommodation.

Diminution du champ visuel.

Perte de la vision des couleurs.

Aspect blanc nacré de la papille à l'ophthalmoscope.

*Troubles auriculaires.*

Affaiblissement de l'acuité auditive.

*B.* Troubles viscéraux.

a) *Génitaux.*

Excitation, puis impuissance. Chez la femme, crises clitoridiennes voluptueuses.

b) *Urinaires.*

Retard de la miction par paresse vésicale ; arrêts dans la miction. Anesthésie uréthrale.

c) *Gastro-intestinaux.*

Crises gastriques douloureuses, terribles, accompagnées de vomissements.

d) *Laryngés.*

Toux spasmodique.

Ictus laryngés — avec chute, convulsions épileptiformes et perte de connaissance.

e) *Cardio-vasculaires.*

Tachycardie.

*C.* Troubles de la motilité.

Peu accentués encore à cette période.

Il existe cependant déjà quelques troubles de coordination, de l'incertitude dans la marche et certains mouvements.

On les trouvera en faisant exécuter au malade diverses manœuvres dont l'ensemhle porte le nom « d'exercice *à la Fournier* ».

1. *Signe de Romberg.*

Le malade immobile, debout, pieds joints, yeux fermés, oscille et tombe.

2. *Signe de l'escalier.*

Incoordination marquée.

3. *Faire marcher et retourner brusquement au commandement.*

4. *Attitude à cloche-pied.*

*D.* Troubles trophiques.

Exceptionnels à cette période. Atrophies musculaires ; Arthropathies.

Si nous nous plaçons maintenant à un point de vue purement clinique, voici comment la plupart du temps on sera amené à faire le diagnostic de tabes à la période préataxique.

En dehors des cas où des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et des douleurs en ceinture amènent le malade à consulter, et des cas fort rares où le malade s'aperçoit de troubles et d'incertitude de la marche, ce sont les spécialistes qui la plupart du temps font le diagnostic de début de tabes.

Ce sont en particulier les ophthalmologistes et les urinaires.

Tantôt le malade s'aperçoit que sa vue baisse, tantôt il a du ptosis ou une paralysie oculaire. Ou bien, il s'est aperçu de troubles de la miction (retard, incontinence).

Parfois enfin ce sont des crises répétées d'ictus laryngé qui ouvrent la scène.

Donc, grande diversité de début. Si les troubles divers qu'accuse le malade attirent l'attention du médecin sur la possibilité d'un début de tabes, le diagnostic est relativement aisé. Il se fera principalement par la constatation de :

1. Abolition des réflexes rotuliens.
2. Signe d'Argyll Robertson ; inégalité pupillaire ; myosis ; paralysies oculaires.
3. Douleurs fulgurantes.
4. Petites incertitudes dans les mouvements que décèlera l'exercice à la Fournier.

La durée de cette période est en général longue, parfois illimitée.

C'est la période où les troubles de la sensibilité, les phénomènes douloureux atteignent leur apogée.

## 2. Période ataxique.

Caractérisée au contraire par les troubles de la motilité. C'est sur eux qu'il faut insister maintenant.

*a*) Troubles de la motilité.

*Perte de la notion de position des membres.*
*Troubles de la station (signes de Romberg), déjà vus.*
*Troubles de la locomotion.*

Le malade lance ses jambes en avant et latéralement (fauche) ; et le pied retombe fortement sur le sol (talonne).

Les troubles de la démarche s'accentuent lorsqu'on fait marcher et retourner le malade au commandement, lorsqu'on lui fait descendre un escalier, lorsqu'on le fait marcher à cloche-pied (f. frustes).

*Troubles de la préhension.*

Incertitude et maladresse des mouvements s'accentuant lorsqu'on fait fermer les yeux au malade.

*Et cependant intégrité de la force musculaire.*

*b*) Troubles trophiques.

S'accentuent à cette période :

*Fractures spontanées.*

Par ostéite raréfiante.

*Arthropathies.*

Occupant surtout le genou, le pied, la hanche. Indolentes avec énorme hydarthrose, déformations, mouvements anormaux et plus tard véritable jambe de polichinelle.

*Pied tabétique.*
*Atrophies musculaires.*
*Erythèmes, eschares, etc.*

A côté de ces deux ordres de troubles qui dominent la symptomatologie de cette période, existent tous les troubles de sensibilité de la première période. Les phénomènes douloureux seuls se sont amendés.

Dans quelques cas, les troubles oculaires s'accentuent.

La névrite optique fait des progrès ; l'amaurose survient ; l'examen ophthalmocospique permettant de constater *la papille tabétique* (atrophie blanche nacrée de la papille avec rétrécissement des vaisseaux).

Dans ce cas, très souvent les autres phénomènes tabétiques resteront stationnaires (le monstre est satisfait).

## 3. Période cachectique.

Ne survient que tardivement, 10, 15 et même 25 ans après le début.

A ce moment l'ataxie confine le malade au lit.

C'est la période de paralysies, de troubles trophiques (fractures ; arthropathies ; eschares).

Le malade succombe à la cachexie ou à des phénomènes bulbaires ; si ce qui est plus fréquent, des affections intercurrentes ne sont pas venues l'enlever (tuberculose pulmonaire ; broncho-pneumonies ; accidents urinaires).

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.* — Anatomie : I. **Rapports du cœur.** — II. **Trachée.** Pathologie : I. **Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale.** — II. **Signes de la tuberculose à la première période.** — III. **Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : I. **Consignation interne du cœur.** — II. **Crosse de l'aorte.** — III. **Muscles scalènes.** Pathologie : I. **Asystolie.** — II. **Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : I. **Consignation extérieure et rapports des poumons.** — II. **Œsophage.** Pathologie : I. **Hémoptysie.** — II. **Signes de la tuberculose à la troisième période.** — III. **Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : I. **Cartilages et muscles du larynx.** — II. **Rapports de l'estomac.** — III. **Duodenum.** Pathologie : I. **Signes et diagnostic du croup.** — II. **Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 26**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

I. ANATOMIE. . . . **Muscles lombricaux et interosseux.**
II. — . . . . **Nerf radial.**
III. — . . . . **Cercle artériel du pli du coude.**
I. PATHOLOGIE . . **Lymphangite aigüe.**
II. — . . . . **Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.**

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 32*

---

*Fascicule I.* — Anatomie : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** Pathologie : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.* — Anatomie : **I. Diaphragme. — II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** Pathologie : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.* — Anatomie : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — Anatomie : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.* — Anatomie : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** Pathologie : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — Anatomie : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa. — III. Articulation du genou.** Pathologie : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — Anatomie : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** Pathologie : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — Anatomie : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

# MUSCLES LOMBRICAUX ET INTEROSSEUX

**Définition.**

Il existe dans la main de petits muscles qui peuvent être compris dans la même vue d'ensemble, car ils ont une terminaison inférieure identique sur le tendon extenseur des doigts et une action également identique. Ces muscles sont : les uns les lombricaux, leur point d'origine est sur le groupe des tendons fléchisseurs communs profonds ; les autres sont les interosseux qui ont leurs origines sur les faces latérales des métacarpiens.

**Description.**

*A.* Muscles lombricaux.

*Situation.*

A la partie médiane de la paume de la main, sur le même plan que les tendons fléchisseurs profonds. S'étendent depuis les tendons fléchisseurs profonds jusqu'à la face dorsale de la première phalange de chacun des quatre doigts internes où ils se terminent sur le tendon extenseur.

*Forme.*

Languettes charnues fusiformes.

*Nombre.*

Quatre. Désignés sous les noms de premier, deuxième, troisième, quatrième, en allant de dehors en dedans.

*Insertions.*

*Supérieure.*

*Lombricaux 1 et 2:* Bord radial et face antérieure du tendon fléchisseur profond, se

rendant au doigt auquel ils sont eux-mêmes annexés.

*Lombricaux 3 et 4:* Bords et face antérieure des deux tendons entre lesquels ils sont situés.

*Inférieure.*

Par une languette aponévrotique aplatie, confondue avec celle de l'interosseux correspondant et se rendant au bord radial du tendon extenseur.

Corps charnu fusiforme; passe sur la face latérale radiale de l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante dans un espace aponévrotique limité par :

*En avant.*

— Aponévrose palmaire superficielle.

*En arrière.*

— Ligament intermétacarpien palmaire.

*Latéralement.*

— Expansions aponévrotiques allant de l'aponévrose superficielle à l'aponévrose profonde.

*Rapports.*

Tendons du fléchisseur profond commun sur le même plan.

Plus superficiellement : tendons du fléchisseur commun superficiel; arcade artérielle palmaire superficielle, branches de terminaison du nerf médian.

*Innervation.*

*Deux lombricaux externes.* Filets venus des branches du médian formant le tronc commun des collatéraux externe du médius et interne de l'index et collatéral externe de l'index.

*Deux lombricaux internes.* Rameaux venus de la branche profonde du nerf cubital.

*Action.*

Comparable à celle des interosseux. Flexion de la première phalange. Extension des deuxième et troisième phalanges. Aideraient dans les mouvements de latéralité les muscles interosseux abducteurs (Duchenne de Boulogne).

*B.* Muscles interosseux.

Les muscles interosseux se divisent en deux catégories suivant leur situation et suivant également leur rôle.

Il y a des muscles interosseux palmaires ou adducteurs et des muscles interosseux dorsaux ou abducteurs.

a) *Muscles interosseux palmaires.*

*Nombre.*

Pour les classiques : 3 seulement.

Pour Henle et Poirier : 4, car il en existe un pour le pouce bien indépendant du muscle adducteur.

α) *Trois interosseux internes (classiques.)*

*Situation.*

Dans l'espace intermétacarpien et au niveau de la partie palmaire de cet espace.

*Insertions.*

*Supérieure.* — Dans l'espace qui les loge, ils naissent de la face *la plus éloignée* de l'axe de la main ; Sur les trois-quarts supérieurs de la moitié antérieure de cette face.

*Inférieure.* — 1. Par un tendon au tubercule de la phalange annexée au métacarpien sur lequel ce muscle a pris son insertion supérieure.

2. Par une expansion tendineuse étalée allant s'unir au tendon extenseur.

Corps charnu formé de fibres convergeant vers l'insertion inférieure ; les supérieures obliquement, les inférieures horizontalement.

β) *Premier interosseux palmaire.*

Confondu par les classiques avec le muscle adducteur du pouce.

*Insertions.*

*Supérieure.* — 1. Moitié supérieure du premier métacarpien.

2. Arcade fibreuse étendue du trapèze au côté interne de l'extrémité inférieure du métacarpien.

3. A la partie la plus supérieure du bord externe du corps du second métacarpien.

*Inférieure.* — Identique à celle des autres interosseux.

Corps charnu passe sur le côté cubital de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

*Rapports des interosseux palmaires.*

*Premier interosseux.*

*En avant.*

— Muscle opposant du pouce.

*En dedans.*

— Muscle adducteur (faisceau carpien).

*En arrière.*

— Premier interosseux dorsal.

*En dehors.*

— Premier métacarpien.

*Trois interosseux internes.*

*En avant.*

— Tendons fléchisseurs et leurs gaînes.

— Lombricaux.

— Branche profonde du nerf cubital.

*En arrière.*

— Muscles interosseux dorsaux.

Il n'y a pas d'interosseux palmaire annexé au médius.

b) *Muscles interosseux dorsaux.*

*Nombre.*

Quatre. Désignés sous le nom de premier, deuxième, troisième, quatrième, en allant de dehors en dedans.

*Insertions.*

*Supérieure.*

Dans l'espace intermétacarpien qu'ils occupent.

1. Paroi de l'espace *la plus rapprochée* de l'axe de la main, dans toute son étendue.

2. Paroi de l'espace *la plus éloignée* de l'axe de la main sur sa moitié dorsale seule (car sa moitié palmaire est occupée par l'insertion du muscle interosseux palmaire).

*Inférieure.*

1. Par un tendon à : tubercule de la première phalange, sur le côté, répondant à la face latérale du métacarpien où le muscle a pris ses insertions les plus étendues.

2. Par une large expansion aponévrotique, au tendon de l'extenseur commun.

3. Par quelques fibres aponévrotiques, il se continue avec celui du côté opposé.

Corps charnu, penniforme.

*Rapports.*

*En arrière.*

— Aponévrose dorsale de la main.

— Tendons extenseurs.

*En avant.*

— Muscle adducteur du pouce.

— Tendons fléchisseurs.

Au niveau de la partie supérieure et de la partie inférieure de l'espace, artères perforantes. Le tronc même de l'artère radiale traverse l'extrémité supérieure du premier interosseux dorsal.

*Innervation des muscles interosseux.*

Rameaux de la branche profonde du nerf cubital.

*Action des muscles interosseux.*

1. Muscles interosseux palmaires.

*Adduction.*

Muscles interosseux dorsaux.

*Abduction.*

2. Pour les autres actions, les interosseux palmaires et dorsaux, sont identiques.

— *Flexion des premières phalanges.*

— *Extension des deux dernières phalanges.*

— Par leur tonicité maintiennent la position normale du doigt au repos.

S'ils se paralysent, le doigt se met *en griffe.*

---

# NERF RADIAL

**Définition.**

Une des trois grosses branches terminales du plexus brachial destiné seul parmi ces trois branches à innerver le muscle de la partie postérieure du bras; puis innervant plus loin conjointement avec les nerfs médian et cubital les muscles de l'avant-bras; puis la main.

**Origine.**

A la partie postérieure du plexus brachial par un gros tronc commun avec le nerf circonflexe et provenant de l'union des branches postérieures de ce plexus.

**Trajet.**

Traverse le creux axillaire en se dirigeant en bas et en dehors, puis s'incline, pour se porter en bas, en arrière et en dehors, dans la gouttière spéciale de l'humérus située au-dessous de la gouttière dite de torsion (Poirier).

Apparaît ensuite au bord externe de l'humérus et se divise au côté externe de l'articulation du coude en deux branches : branche antérieure, branche postérieure.

**Rapports.**

*Dans l'aisselle.*

*En avant.*

— Artère axillaire, origine de l'artère humérale.
— Nerf médian et ses deux racines.
— Nerf cubital.
— Nerf musculo-cutané.
— Nerf brachial cutané interne.

*En arrière.*

— Tendons du grand rond et du grand dorsal.

*En dedans.*

— Tissu cellulaire du creux de l'aisselle et plus en dedans paroi interne de ce creux..

*En dehors.*

Humérus.

Points d'attache à cet os du tendon du grand pectoral, grand rond, grand dorsal.

Articulation de l'épaule.

*Au bras.*

*En avant.*

— Humérus. Gouttière du nerf radial.

*En dedans.*

— Muscle vaste interne (dont la ligne supérieure d'insertion humérale est parallèle et sous-jacente à la gouttière du nerf radial).

*En arrière.*

— Longue portion du triceps brachial, puis vaste externe qu'il faut inciser pour suivre le trajet du nerf radial jusqu'au côté externe du bras.

Parallèlement au nerf radial chemine dans la gouttière humérale l'A. collatérale externe de l'humérale.

*Au coude.*

*En dedans.*

— Articulation du coude, tête du radius.

— Muscle brachial antérieur.

*En dehors.*

— Muscle long supinateur et premier radial externe.

**Branches collatérales.**

1. *Rameau cutané interne.*

Devenant sous-cutané et innervant la peau de la partie postérieure et interne du bras.

2. *Rameaux de la longue portion du triceps.*

Nombre 3 à 4 ; les uns supérieurs, les autres inférieurs.

3. *Rameau du vaste interne.*

Naît quelquefois par un tronc commun avec les précédents.

4. *Rameau du vaste externe et de l'anconé.*

L'existence de ce filet nerveux destiné à deux muscles tend à démontrer que le muscle anconé n'est qu'un faisceau inférieur du vaste externe.

5. *Rameau cutané externe.*

Traverse le vaste externe et l'aponévrose.

Se ramifie dans la peau de la face postérieure de l'avant-bras.

6. *Rameaux du long supinateur et du premier radial externe.*

Le radial envoie assez souvent un filet au muscle brachial antérieur ; filet venant soit directement, soit par l'intermédiaire d'un des rameaux destinés au triceps.

**Branches terminales.**

α) *Branche terminale postérieure.*

*Origine.*

Par bifurcation du tronc principal au niveau de la tête radiale.

*Trajet.*

Spiroïde autour du col du radius au milieu des fibres du muscle court supinateur, arrive à la face postérieure de l'avant-bras, descend verticalement entre la couche musculaire superficielle et la couche musculaire profonde, puis répond au ligament interosseux.

*Terminaison.*

Au niveau de la face postérieure du carpe dans la peau, les articulations radio-carpiennes, carpiennes et carpo-métacarpiennes.

*Rapports.*

*Au niveau du col radial.*

Muscle long supinateur dédoublé en deux couches par le passage de cette branche radiale.

*A la face postérieure de l'avant-bras.*

*En avant.*

— Muscle long extenseur du pouce.
— Muscle court extenseur du pouce.
— Muscle extenseur propre de l'index.
— Muscle long abducteur du pouce.
— Ligament interosseux.

*En arrière.*

— Muscle extenseur commun, extenseur propre du cinquième.
— Muscle cubital postérieur.

**Rameaux collatéraux.**

a) *Supérieurs.*

— Rameau du second radial externe.
— Rameau du court supinateur.

b) *Postérieurs.*

— Rameau de l'extenseur commun des doigts.
— Rameau de l'extenseur propre du petit doigt.
— Rameau du nerf cubital postérieur.

c) *Antérieurs.*

— Rameau du long extenseur du pouce.
— Rameau de l'extenseur propre de l'index.
— Rameau du muscle long abducteur du pouce.
— Rameau du muscle court extenseur.

β) *Branche terminale antérieure.*

*Origine.*

Au point de bifurcation du tronc principal.

*Trajet.*

Vertical, à la face antérieure de l'avant-bras, sous le bord interne du muscle long supinateur.

— Au tiers inférieur de l'avant-bras, contourne le côté externe du radius, s'anastomose avec un rameau du musculo-cutané et arrive à face dorsale du carpe.

*Rapports.*

*Sur la première partie de son trajet.*

*En avant.*

— Muscle long supinateur.

*En arrière.*

— Radius.
— Muscle court supinateur.
— Muscle rond pronateur.
— Muscle fléchisseur sublime.

*En dedans.*

— Artère radiale.

*En dehors.*

— Muscles radiaux externes.

*Dans la deuxième portion.*

Nerf est sous-cutané et par conséquent compris entre la peau et l'aponévrose.

*Terminaison.*

Par trifurcation :

a) Nerf collatéral dorsal externe du pouce.

b) Va croisant les tendons du long abducteur, du court extenseur et du long extenseur, se diviser en :

— Nerf collatéral dorsal interne du pouce.
— Ramification cutanée au côté externe de la première phalange de l'index.

c) Passe derrière le deuxième espace interosseux et donne des ramifications cutanées à la moitié interne de la première phalange de l'index, et de la moitié externe de la deuxième phalange du médius.

**Physiologie.**

Commande les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras (muscle triceps).

— Des doigts sur la main et de la main sur l'avant-bras (muscles extenseurs des doigts, muscles radiaux).

— D'adduction de la main (muscle long supinateur et muscles radiaux).

— D'abduction de la main (nerf cubital postérieur).

— D'extension, d'abduction du pouce (muscle long abducteur, long et court extenseur du pouce).

— D'extension de l'index (extenseur propre de l'index).

Sensibilité de la face postéro-interne du bras, postéro-externe de l'avant-bras, postérieur de la main, du pouce, des premières phalanges de l'index et du médius.

---

# CERCLE ARTÉRIEL DU PLI DU COUDE

## Définition.

Le coude est entouré de même que toutes les articulations par un cercle artériel très riche, voie importante d'anastomose entre la circulation artérielle du bras et celle de l'avant-bras. Ce cercle est formé par les anastomoses des branches descendant de l'artère humérale, avec des branches venues des artères de l'avant-bras et remontant vers le bras à la rencontre des précédentes.

Il faut étudier successivement :

— Le tronc artériel principal de la région et sa bifurcation à l'avant-bras.

— Puis les branches issues de ces troncs et s'anastomosant entre elles.

## Description.

Artère humérale.

Décrire *rapidement* le trajet au pli du coude de l'artère humérale.

*Trajet.*

Oblique en bas, en dehors et en avant.

*Rapports.*

*En avant.*

— Expansion aponévrotique du biceps.
— Veine médiane basilique.

*En arrière.*

— Muscle brachial antérieur.
— Articulation du coude.

*En dehors.*

— Muscle long supinateur.

*En dedans.*

— Nerf médian.

— Muscle rond pronateur.

ARTÈRES DE L'AVANT-BRAS.

*Origine.*

Bifurcation de l'artère humérale sous l'expansion aponévrotique du biceps.

*Artère radiale.*

Dirigée en dehors et en bas, sous le long supinateur.

*Artère cubitale.*

Dirigée en dedans et en bas, sous les muscles grand et petit palmaire, rond pronateur, fléchisseur superficiel.

**Branches issues de ces troncs artériels et venant s'anastomoser autour de l'articulation du coude.**

*A.* RÉGION EXTERNE.

*Réseau péri-articulaire externe.*

*Artère collatérale externe* venue de l'*artère humérale.*

*Trajet.*

A la face postérieure de l'humérus dans la gouttière du nerf radial.

Au niveau du bord externe de l'humérus, division en deux branches.

α) *Branche antérieure.*

*Trajet.*

Entre le long supinateur et le brachial antérieur.

Puis entre le brachial antérieur et le muscle premier radial externe.

*Terminaison.*

S'anastomose au-devant de l'épicondyle avec :

*Artère récurrente radiale antérieure venue de l'artère radiale.*

*Trajet*

Part de la radiale tout près de la naissance de cette artère, dirigée en bas et en dehors, puis montant entre le long supinateur et le brachial antérieur. Au-devant du court supinateur et de la capsule articulaire.

*Rameaux collatéraux.*

Aux muscles voisins :

— Brachial antérieur.
— Long supinateur.
— Muscles radiaux.
— Muscle court supinateur.

*Terminaison.*

Anastomose avec la branche antérieure de l'artère collatérale externe.

β) *Branche postérieure.*

*Trajet.*

Dans l'épaisseur du vaste externe jusque derrière l'épicondyle.

*Terminaison.*

Anastomose avec :

*Artère récurrente radiale postérieure.*

*Origine.*

Artère interosseuse postérieure venant du tronc commun des interosseuses, venu lui-même de l'artère cubitale.

*Trajet.*

Entre l'anconé et le court supinateur.

*Rameaux collatéraux.*

Musculaires (anconé, court supinateur, cubital postérieur, vaste interne).

Articulaires.

Cutanés.

*Terminaison.*

Anastomose avec la branche postérieure et l'artère humérale profonde.

*B.* Région interne.

*Réseau péri-articulaire interne.*

α) *Artère collatérale interne supérieure venue de l'artère humérale.*

*Origine.*

Un peu au-dessous de l'artère humérale profonde.

*Trajet.*

Après avoir perforé la cloison intermusculaire interne, dans l'épaisseur du muscle vaste interne où elle croise le nerf cubital.

*Rameaux collatéraux.*

1. Musculaires, triceps.
2. Artère superficielle du brachial antérieur (Sappey).

*Terminaison.*

Au voisinage de l'épitrochlée.

Par anastomose avec les récurrentes cubitales antérieures et postérieures et avec l'artère collatérale interne et inférieure.

β) *Artère collatérale interne inférieure venue de l'artère humérale.*

*Origine.*

A 4 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du coude.

*Trajet.*

En bas et en dedans, entre le brachial antérieur et le rond pronateur.

*Rameaux collatéraux.*

1. Musculaires.

2. Une branche perforant la cloison intermusculaire interne et se dirigeant transversalement en arrière de la cavité olécrânienne à la rencontre du réseau artériel péri-articulaire externe.

*Terminaison.*

Anastomoses tout autour de l'épitrochlée avec les récurrentes cubitales antérieure et postérieure.

γ) *Artère récurrente cubitale antérieure.*

*Origine.*

Partie supérieure de l'artère cubitale naît souvent par un tronc commun avec la récurrente postérieure.

*Trajet.*

En haut et en dedans entre le brachial antérieur et le rond pronateur.

*Rameaux collatéraux.*

Musculaires, articulaires.

*Terminaison.*

Anastomose avec les rameaux terminaux des artères collatérales internes de l'humérale.

δ) *Artère récurrente cubitale postérieure.*

*Origine.*

Artère cubitale par un tronc commun en général avec la précédente.

*Trajet.*

Horizontal en arrière et en dedans; contournant l'extrémité supérieure du

cubitus sous les muscles épitrochléens — puis monte dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne accompagnant le nerf cubital.

*Terminaison.*

Anastomose avec la partie inférieure des artères collatérales internes de l'humérale.

Il existe donc deux grands cercles artériels, l'un externe entourant l'épicondyle, l'autre interne entourant l'épitrochlée. Tous les deux sont de direction verticale et anastomosent entre elles les artères de l'avant-bras et celles du bras.

De plus ces deux cercles sont anastomosés l'un à l'autre par des branches transversales dont la plus importante est celle qui naît de l'artère collatérale interne inférieure de l'humérale et passe transversalement en arrière de la cavité olécrânienne. D'autres rameaux artériels moins considérables font communiquer en arrière les collatérales humérales internes et externes, les récurrentes postérieures radiale et cubitale ; et en avant, les mêmes collatérales humérales et les récurrentes cubitale et radiale antérieures.

Enfin une dernière anastomose se fait par l'intermédiaire du tronc commun des interosseuses communiquant d'un côté avec le réseau interne par l'artère cubitale, et avec le réseau externe par une branche collatérale : l'artère récurrente radiale postérieure.

## Physiologie.

Ce cercle artériel rétablit la circulation au cas de compression, de ligature des grands troncs artériels : artère humérale, artère radiale, artère cubitale.

---

# LYMPHANGITE AIGUE

On nomme lymphangite, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques (synonymie : angioleucite ; lymphite).

## Etiologie.

a) *Causes déterminantes.*

Elle est toujours le résultat d'une inoculation septique. Un microbe virulent, le plus souvent un streptocoque ou un staphylocoque, parfois les deux associés, pénètre dans l'organisme à la faveur d'une solution de continuité quelconque (coupure, piqûre, écorchure, ulcérations diverses des eczémateux, des galeux, des variqueux).

Cette solution de continuité n'est souvent pas apparente.

La piqûre anatomique (aux autopsies particulièrement) cause fréquemment des lymphangites graves.

b) *Causes prédisposantes.*

Toutes les tares organiques influent : surmenage, alcoolisme, diabète.

## Anatomie pathologique.

Dire rapidement que par son siège on divise la lymphangite en :

*a*) Lymphangite radiculaire qui atteint les racines des vaisseaux lymphatiques.

*b*) Lymphangite réticulaire.

*c*) Lymphangite tronculaire ou trajective.

Il y a dilatation des canaux lymphatiques qui deviennent

des fentes étoilées remplies de globules blancs et entourées de cellules embryonnaires.

Des abcès peuvent se former.

## Symptômes.

Début.

Brusque le plus souvent. La plaie infectée rougit, se surélève, se sèche et devient douloureuse. En même temps éclatent des symptômes généraux (fièvre, 38°-40°, frisson, courbature).

Parfois on assiste en quelques minutes à la production de traînées de lymphangite.

Dans tous les cas, l'adénopathie ganglionnaire est rapide.

Etat.

Il est classique de décrire séparément :

1. La lymphangite réticulaire.
2. La lymphangite tronculaire.

1. Lymphangite réticulaire.

*Rougeur diffuse* apparaissant autour du point d'inoculation ou de la plaie infectée. Exactement, c'est plutôt un réseau formé de filaments rosés ou rouges.

Parfois en plaques, du pourtour desquelles partent de petites traînées rouges, début d'une lymphangite tronculaire.

*Tuméfaction légère* ; en général léger degré d'œdème de la région, parfois énorme (paupières, verge, etc).

*Douleur* (cuisson).

*Chaleur.*

*Adénite douloureuse* des ganglions commandant le territoire lymphatique envahi.

2. Lymphangite tronculaire.

Isolée ou le plus souvent accompagnant la forme précédente.

Trois grands symptômes (Brodier).

1. *Rougeur en traînées.*

Bandes rouges, plus ou moins espacées et ondulées, formant parfois de larges plaques par leur réunion.

Très légèrement surélevées, elles peuvent donner la sensation de cordons.

Ces traînées et ces cordons remontent aux ganglions (à l'aisselle, à l'aîne, etc.).

2. *Adénite.*

Constante. Plusieurs groupes ganglionnaires peuvent être successivement envahis.

3. *Fièvre et troubles de l'état général.*

Parfois intenses ; phénomènes ataxo-adynamiques.

**Terminaisons.**

Multiples.

a) *Résolution.*

La rougeur s'atténue, la fièvre tombe.

Desquamation de la région.

b) *Persistance de l'œdème, ou passage de la lymphangite à la chronicité.*

c) *Transformation érysipélateuse.*

d) *Suppuration.*

Terminaison assez fréquente.

Tantôt simples phlyctènes purulentes ou abcès intradermiques.

Tantôt abcès *angioleucitiques* multiples, échelonnés sur les troncs envahis.

Bosselure indurée, ouverture du foyer purulent, cicatrisation.

Enfin, parfois complication plus grave, formation d'un phlegmon diffus ou circonscrit.

Autres formes de lymphangite.

1. *Lymphangite profonde.*

D'emblée, ou consécutive aux formes précédentes.

Empâtement profond du membre, quelquefois de l'œdème, toujours de l'adénite.

2. *Lymphangite maligne.*

Septicémique, foudroyante ou rapide, caractérisée surtout par de l'hyperthermie du délire, des phénomènes ataxo-adynamiques, coma, puis mort en 24-48 heures.

3. *Lymphangite gangrèneuse.*

Début par la forme ordinaire, mais avec état général grave.

Puis au deuxième ou troisième jour, apparition de phlyctènes et d'eschares superficielles dont la chute laissera de profondes ulcérations.

Mort fréquente, surtout par coexistence de phlegmon diffus.

**Complications.**

Vasculaires ; séreuses ; viscérales (Brodier).

*a*) Vasculaires : phlébite.

*b*) Séreuses : suppurations articulaires.

*c*) Viscérales : néphrite ; endocardites.

**Pronostic.**

Essentiellement variable selon la nature de l'infection, l'état général du sujet et l'allure de l'affection.

Affection fréquente en somme et relativement bénigne la plupart du temps.

**Diagnostic.**

1. *Différencier la lymphangite réticulaire de :*

Erythèmes divers (infectieux ; médicamenteux).

Erysipèle (plaques limitées par bourrelet).

2. *La lymphangite tronculaire de :*

Phlébite superficielle (suit le trajet des veines, et se sent plus qu'elle ne se voit).

3. *La lymphangite gangrèneuse de :*

Pustule maligne.
Eschares du phlegmon diffus.

4. *La lymphangite profonde de :*

Phlébite profonde.
Phlegmon profond.

**Traitement.**

a) *Prophylactique.*

Antisepsie de toute plaie.

b) *Curatif.*

Débridement et lavage de la plaie, point de départ.
Bains antiseptiques prolongés ou pulvérisations.
En cas d'abcès ou de lymphangite profonde, incision au bistouri ou au thermo-cautère.
Soutenir l'état général.

---

# CATHÉTÉRISME DE L'URÈTHRE CHEZ L'HOMME

On nomme cathétérisme de l'urèthre, l'opération par laquelle on fait pénétrer dans l'urèthre et dans la vessie un cathéter, une sonde, ou une bougie.

Selon le but dans lequel il est employé, le cathétérisme est :

a) *Evacuateur.*

C'est une de ses variétés importantes, celle qu'il est classique de traiter à l'externat, et la seule sur laquelle nous insisterons.

b) *Explorateur.*

Se pratiquant soit avec des explorateurs à boule olivaire (urèthre), soit avec des explorateurs métalliques coudés (vessie), et donnant d'utiles renseignements, en particulier dans le cas de rétrécissements de l'urèthre, d'hypertrophie de la prostate, de calculs de la vessie.

c) *Dilatateur.*

Qui rétablit le calibre de l'urèthre par l'emploi de bougies coniques olivaires et des bougies métalliques de Beniqué, de diamètre croissant progressivement.

d) *Thérapeutique.*

(Injections ; instillations ; lavages ; lithotritie).

Nous ne décrirons que la cathétérisme évacuateur.

Les règles générales de l'introduction des instruments dans l'urèthre ne varient guère selon les variétés du reste.

*A.* Instruments.

Les sondes employées sont :

*a*) Les unes rigides (argent, maillechort, étain), longs tubes creux, fermés à une extrémité dite bec de la sonde, ouverts à l'autre extrémité dite pavillon.

Au niveau de ce dernier, deux anneaux servant de point de repère. Aux environs du bec, sur les parties latérales et terminales de la sonde deux ouvertures ovalaires à bords mousses, les yeux.

La longueur moyenne de ces sondes est de 30 centimètres, le diamètre de 5 millimètres.

Elles sont coudées dans leur tiers inférieur, et le rayon de leur courbure égale le quart de la circonférence d'un cercle qui aurait 9 centimètres de diamètre.

Ceci est la sonde la plus commune.

Il en existe d'autres variétés ; la sonde de Gély à courbure plus prononcée en est la plus connue.

Il existe aussi des sondes droites.

*b*) Les sondes en caoutchouc vulcanisé ; sondes de Nélaton ; très communément employées et qu'on peut confier à des mains peu expérimentées.

*c*) Les sondes en gomme élastique (composition spéciale à base d'huile siccative imprégnant une charpente de soie).

Elles peuvent être courbées ou coudées à volonté en y introduisant une tige de fer qui remplit exactement leur cavité (mandrin).

Les sondes dites à béquille sont le plus souvent en gomme (sondes utilisées chez les prostatiques).

*B.* Asepsie préalable.

1. *Des sondes.*

Nécessité d'obtenir leur stérilisation par un procédé quelconque (étuve sèche ; bains de vaseline liquide ; formol, etc.), et de les conserver aseptiques.

2. *De l'opérateur.*

Brossage des mains et les tremper dans le sublimé.

3. *Du malade.*

Nettoyer soigneusement le gland, et frotter le méat avec un tampon trempé dans le sublimé.

Cette désinfection ne saurait être trop minutieuse, les infections de l'urèthre profond, la cystite, la pyélo-néphrite reconnaissant trop souvent pour cause un cathétérisme malpropre.

Dans certains cas où l'urèthre antérieur est infecté (blennorrhagie aiguë), le cathétérisme devra être précédé d'un lavage de l'urèthre (eau stérilisée ; solution très diluée de permanganate de potasse).

*C.* Manuel opératoire.

Il varie selon que l'on se sert de sondes molles ou de sondes rigides et selon que ces sondes sont courbes (sondes ordinaires), ou coudées (sondes à béquille).

Dans tous les cas, abstraction faites de certaines anomalies, les obstacles que l'urèthre présente au cathétérisme sont :

1. Au méat ; parfois si étroit qu'on devra le débrider.

2. La valvule de Guérin située sur la paroi supérieure du canal à deux ou trois centimètres du méat.

3. Le collet du bulbe qui siège à la fin de la portion pénienne, à la partie terminale du cul-de-sac du bulbe, sur la paroi inférieure, cause fréquente de fausses routes.

4. Le col de la vessie ou un spasme arrête souvent la sonde.

Nous laissons de côté les modifications de l'urèthre qu'amènent en particulier les rétrécissements et l'hypertrophie de la prostate.

Donc d'une manière générale les obstacles siègent surtout sur la partie inférieure du canal ; aussi, dès que l'on aura dépassé la valvule de Guérin, devra-t-on appuyer le bec de la sonde sur la paroi supérieure de l'urèthre et ne plus la quitter.

Comme autre règle générale également, se souvenir que la patience, la douceur et l'analyse constante et minutieuse

des sensations perçues sont les qualités indispensables non seulement pour le succès opératoire immédiat, mais aussi pour l'innocuité de l'opération.

Dans certains cas, enfin, le cathétérisme évacuateur devra être précédé d'un cathétérisme explorateur pratiqué avec l'explorateur à boule olivaire.

1. Cathétérisme avec les sondes rigides courbes.

a) *Procédé par dessus le ventre.*

Le sujet est couché, cuisses écartées, jambes légèrement fléchies, l'opérateur placé à gauche saisit la verge de la main gauche (main en demi-supination ; le gland pris entre le médius et l'annulaire, le pouce et l'index entr'ouvant le méat).

La verge est fortement attirée en l'air (simulant l'érection), suivant le plan médian.

De la main droite saisir la sonde métallique dont le bec vient d'être trempé dans de l'huile aseptique ou phéniquée.

*Premier temps.*

La sonde pénètre dans l'urèthre pénien, légèrement poussée, en même temps surtout que la main gauche tire sur la verge et aide au mouvement de pénétration.

*Deuxième temps.*

Le bec est engagé sous l'arcade pubienne, et arrive dans la portion fixe de l'urèthre. On fait alors basculer insensiblement le pavillon vers l'intervalle des cuisses, en continuant à presser légèrement sur la sonde et à tirer sur la verge. La sonde va passer de la position horizontale à la position verticale.

*Troisième temps.*

On continue le mouvement d'abaissement et de propulsion, le pavillon étant bouché avec le pouce, jusqu'à ce qu'il arrive contre le plan du lit. On éprouve en même temps la sensation de résistance vaincue, le bec est mobile dans la vessie, l'urine s'écoule.

On laisse écouler l'urine ; on facilite la miction

par une pression large et douce d'une main appliquée sur la région hypogastrique.

Il est préférable de ne jamais vider complètement la vessie.

On retirera enfin la sonde dont on bouche le pavillon d'un doigt, en lui faisant exécuter un mouvement de demi-cercle inverse à celui de l'introduction.

Ce qu'il est important d'acquérir, c'est la connaissance du moment où l'on doit exécuter le mouvement de bascule pour engager la sonde dans la portion membraneuse et prostatique de l'urèthre. Si on le fait trop tôt, le bec va buter contre la symphyse.

Lorsqu'on fait fausse route dans le cul-de-sac du bulbe, il faut se garder d'appuyer ; mais retirer un peu la sonde, l'appliquer plus exactement sur la paroi supérieure du canal ; et au besoin refouler le bec soit par le périnée, soit par le rectum avec les doigts de la main gauche.

Le professeur Guyon insiste sur la nécessité de bien tendre la verge de la main gauche. Cette tension permanente conduit en quelque sorte l'instrument et empêche la paroi inférieure de se déprimer sous la pression de la sonde.

b) *Procédé par dessus l'aine droite ou gauche.*

Applicable à tous les sujets, en particulier à ceux qui possèdent un ventre volumineux.

La verge attirée vers l'aine est ramenée vers la ligne médiane, lorsque le bec est sous la symphyse.

c) *Procédé du tour de maître.*

Abandonné.

d) *Cathétérisme avec la sonde à grande courbure de Gély.*

La verge attirée vers l'aine, ramenée ensuite sur la ligne médiane, faire pénétrer la sonde doucement par un mouvement circulaire analogue à celui qu'on imprime à la lame d'un sabre courbe pour la replacer dans le fourreau.

Procédé assez facile.

2. Cathétérisme avec les sondes rigides a béquille.

La verge tournée vers l'aine, introduire la sonde, le bec vers la paroi postérieure pour éviter la valvule de Guérin.

Lorsqu'elle a pénétré de 4 centimètres environ, faire pivoter le bec vers la paroi antérieure et continuer à engager la sonde en même temps qu'on attire la verge sur elle.

Dès que le bec est sous l'arcade, ramener verge et sonde vers la ligne médiane et abaisser progressivement le pavillon.

3. Cathétérisme avec les sondes molles de Nélaton.

Huiler la sonde, tendre la verge, et faire peu à peu par des mouvements combinés de pression et de rotation, pénétrer la sonde en la saisissant toujours près du méat.

4. Cathétérisme avec les sondes mi-rigides.

Tendre la verge et pousser lentement la sonde, en exécutant parfois un léger mouvement de rotation s'il y a un obstacle ; en ne le franchissant jamais de force en tous cas.

Terminer en disant un mot de la fixation d'une sonde à à demeure.

On emploie en général les sondes flexibles en gomme ou en caoutchouc et de préférence la sonde à béquille à deux yeux larges. Le bec doit faire très peu saillie dans la vessie.

On les maintient à demeure par divers procédés :

Cordons noués d'une part aux anneaux du pavillon de la sonde, ou fixés par un nœud, et venant d'autre part se fixer à un anneau de diachylon ou de caoutchouc placé sur la verge.

Ou attachés sur la verge et aux poils du pubis, ou à un suspensoir.

Ou par des bandelettes de diachylon imbriquées.

On emploie également dans ce but des sondes fort ingénieuses, dites sondes de Pezzer dont l'extrémité vésicale est renflée circulairement, ce qui la maintient.

Elles s'introduisent par voie rétrograde après ouverture de la vessie, ou par l'urèthre à l'aide d'un mandrin spécial.

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.**

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : **I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main.** PATHOLOGIE : **I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.**

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : **I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude.** PATHOLOGIE : **I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.**

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : **I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire.** PATHOLOGIE : **I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.**

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.**

*Fascicule XXIX.* — ANATOMIE : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** PATHOLOGIE : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — ANATOMIE : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** PATHOLOGIE : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** PATHOLOGIE : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — ANATOMIE : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 27**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Face inférieure du cerveau.** |
| II. | — . . . | **Muscles moteurs du globe de l'œil.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Paralysie faciale.** |
| II. | — . . . | **Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique.** |
| III. | — . . . | **Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 32*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.* — ANATOMIE : **I. Diaphragme. — II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.* — ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.* — ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa. — III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

# FACE INFÉRIEURE DU CERVEAU

## Définition.

Le cerveau est le premier segment du système nerveux, comme situation puisqu'il occupe en grande partie la boîte crânienne, comme volume puisque d'après Sappey il en constitue les 9/10, et comme importance puisqu'il préside aux mouvements volontaires, à la sensibilité, à l'intelligence. Le cerveau a la forme d'un segment d'ovoïde à grosse extrémité postérieure. On lui distingue une face supérieure convexe en rapport avec la voûte du crâne, et une face inférieure, la seule qui nous occupera ici. Cette face inférieure ou base, à peu près plane, repose dans ses deux-tiers antérieurs sur la base du crâne, étage frontal, étage sphénoïdal; et par son tiers postérieur sur la tente du cervelet. Elle est caractérisée par l'aspect inégal et anfractueux qu'elle présente.

## Forme.

Plane, irrégulière, anfractueuse. On peut lui distinguer deux parties latérales, l'une droite, l'autre gauche, absolument identiques l'une à l'autre, et une partie médiane qui n'est complètement visible que quand on a retiré l'isthme de l'encéphale qui, par l'intermédiaire de cette portion, fait communiquer le cerveau avec les autres segments de l'encéphale.

## Description.

1. Parties latérales de la base du cerveau.

Formées par la face inférieure des hémisphères cérébraux.

A. *Scissure de Sylvius.*

Profond sillon situé à l'union du tiers antérieur et des deux-tiers postérieurs.

Dirigée en dehors, en décrivant une courbe à concavité postérieure.

— Extrémité interne avoisine la partie médiane de la base de l'encéphale, et répond aux nerfs optique et olfactif.

— Extrémité externe se partage en deux branches dont l'une se dirige en haut et en arrière; l'autre en haut et en avant. Toutes deux appartiennent à la face externe du cerveau. Entre les deux branches qui se séparent à angle aigu est un groupe de circonvolutions, l'insula de Reil, ou lobule du corps strié correspondant aux ganglions centraux du cerveau.

— Le fond de la scissure est formé de substance grise dans ses deux-tiers externes, et dans son tiers interne de substance blanche dite : *substance perforée antérieure* ou quadrilatère perforé antérieur, présentant des pertuis vasculaires; limitée en avant par les racines internes et externes des nerfs olfactifs — en dedans par une lamelle constituant la racine grise des nerfs optiques.

*Rapports.*

Cette scissure est en rapport avec la petite aile du sphénoïde qui pénètre à son intérieur et elle est parcourue par une artère volumineuse : artère cérébrale moyenne ou artère sylvienne.

B. *Lobes du cerveau.*

Au nombre de trois à la face inférieure.

— L'un antérieur, limité en arrière par la scissure de Sylvius dit : lobe frontal.

— Un second moyen.
— Un troisième postériure.
} Unis ensemble, constituant le lobe temporo-occipital et postérieurs à la scissure de Sylvius.

α) *Lobe frontal.*

Présente dans sa partie internedeux circonvolutions rectilignes antéro-posté-

rieures entre lesquelles est une bandelette blanche constituant le nerf olfactif.

Ce lobe repose sur la bosse orbitaire de l'os frontal.

β) *Lobe temporo-occipital.*

Constitué par l'union, sans une ligne de démarcation bien marquée, des lobes temporal et occipital, très bien délimités sur la face convexe de l'hémisphère, a un bord interne séparé des parties sous-jacentes par une grande fente qui, se continuant avec celle du côté opposé en passant au-dessous de l'extrémité postérieure du corps calleux, forme la *grande fente de Bichat*, à concavité regardant en bas et en avant.

Par les parties latérales de cette fente, la pie-mère pénètre dans les ventricules latéraux pour former les plexus choroïdes.

Par sa partie postérieure, la pie-mère pénètre dans le ventricule moyen pour former la toile choroïdienne.

Ce lobe temporo-occipital repose, pour la partie temporale, sur l'étage moyen du crâne constitué par le sphénoïde et le temporal, — par sa partie occipitale sur la tente du cervelet.

2. Partie médiane de la base du cerveau.

Présente d'avant en arrière.

α) *Extrémité antérieure de la scissure interhémisphérique.*

Reçoit l'apophyse crista-galli, l'extrémité antérieure de la grande faux du cerveau.

β) *Partie antérieure du corps calleux.*

Replié sur lui-même de haut en bas et d'avant en arrière, en formant une gouttière à concavité postérieure qui ferme en avant les ventricules latéraux.

*Pédoncules du corps calleux.*

Rubans de couleur blanche naissant de la partie réfléchie du corps calleux et marchant parallèlement d'avant en arrière jusqu'au voisinage de la racine grise des nerfs optiques; se perdant à l'extrémité interne de la scissure de Sylvius. Ces pédoncules sont un prolongement des fibres longitudinales du corps calleux.

γ) *Chiasma des nerfs optiques.*

Organe quadrilatère situé exactement sur la ligne médiane.

— Recevant par ses angles postérieurs les bandelettes optiques formées par les fibres nerveuses destinées aux nerfs optiques. Ayant leur origine dans les corps genouillés, dépendance de la couche optique, contournant la partie externe des pédoncules cérébraux et aboutissant par leur extrémité à ce chiasma.

— Emettant par ces angles antérieurs deux gros cordons arrondis : les nerfs optiques.

— Ce chiasma qui, histologiquement, présente l'entrecroisement des fibres nerveuses optiques, est en rapport avec le *tuber cinereum*, en bas avec la gouttière du nerf optique creusée sur le sphénoïde.

En soulevant le chiasma des nerfs optiques on aperçoit entre lui et les pédoncules du corps calleux la *racine grise des nerfs optiques*, bandelette grise composée d'une moitié droite et d'une moitié gauche se continuant ensemble sur la ligne médiane pour former une seule lame triangulaire, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, formant en partie le bord antérieur du ventricule moyen, composée de deux couches : l'une antérieure cellulo-fibreuse provenant de la pie-mère; l'autre postérieure prolongeant un noyau de substance grise situé dans le ventricule moyen.

δ) *Tuber cinereum* ; *tige et corps pituitaire.*

Le *tuber cinereum* ou corps cendré remplit l'espace triangulaire compris entre les racines des nerfs optiques et les tubercules mamillaires.

A la face inférieure, forme d'un cône se continuant par son sommet avec la tige pituitaire ; à la face supérieure, forme d'un entonnoir répondant à la partie la plus basse du troisième ventricule.

La *tige pituitaire* continue le sommet du cône que forme le tuber cinereum. Longueur 4 à 6 millimètres. Couleur gris rougeâtre, forme conoïde à base répondant au sommet du tuber cinereum.

Comprenant une couche externe cellulo-fibreuse et une couche interne de substance nerveuse grise ; au centre une cavité.

Le *corps pituitaire ou glande pituitaire ou hypophyse.* — Appendice à la tige pituitaire.

*Forme.*

Ovoïde, à grand axe transversal.

*Couleur.*

Grisâtre.

Comprenant un lobe antérieur jaunâtre formé de tissu cellulaire, de vaisseaux sanguins et de follicules clos, ce qui le fait regarder comme une glande vasculaire sanguine — et un lobe postérieur formé de tissu nerveux à grandes cellules nerveuses multipolaires.

Cet organe est un dérivé embryologique du tube digestif.

*Rapports.*

Repose sur la selle turcique du sphénoïde où il est entouré par le sinus circulaire et où il est maintenu fixe par des prolongements de la dure-mère lui formant une loge.

ε) *Tubercules mamillaires.*

*Nombre.*

Deux.

*Situation.*

En arrière du corps cendré, en avant de l'espace interpédonculaire, en dedans des pédoncules cérébraux — répondent par leur base à l'extrémité postérieure du ventricule moyen.

*Forme.*

Régulièrement hémisphérique.

*Constitution.*

— Un noyau gris central.
— Substance blanche périphérique.

ζ) *Espace interpédonculaire.*

*Situation.*

Entre les deux pédoncules cérébraux.

*Forme.*

Triangle isoscèle dont les côtés répondent aux pédoncules, la base aux tubercules mamillaires. Le sommet à la protubérance annulaire.

— Pertuis vasculaires et vaisseaux volumineux et nombreux.

— Sillon médian.

— Origine des nerfs moteurs oculaires communs.

η) *Extrémité postérieure du corps calleux.*

Etendue horizontalement d'un hémisphère à l'autre.

Forme d'un bourrelet ; contribue à limiter la grande fente cérébrale.

θ) *Partie médiane de la grande fente cérébrale.*

Limitée en haut par l'extrémité postérieure

du corps calleux, en bas par la face supérieure des tubercules quadrijumeaux.

Cette fente est occupée par la toile choroïdienne, prolongement de la pie-mère à l'intérieur du troisième ventricule. La glande pinéale est située dans l'épaisseur de cette toile.

η) *Extrémité postérieure de la grande scissure du cerveau.*

Plus étendue que l'extrémité antérieure, reçoit la base de la grande faux du cerveau.

---

# MUSCLES MOTEURS DU GLOBE DE L'ŒIL

## Définition.

Les mouvements du globe oculaire sont commandés par six muscles qui lui sont annexés et qui se terminant sur la sclérotique d'une part, prennent d'autre part leur insertion fixe aux parois osseuses de la cavité orbitaire.

Ces muscles sont :

Muscle droit supérieur ;
Muscle droit inférieur ;
Muscle droit externe ;
Muscle droit interne ;
Muscle grand obliqne ;
Muscle petit oblique.

Une aponévrose, l'aponévrose orbitaire ou aponévrose de Tenon est annexée à ces muscles qu'elle engaîne et qu'elle aide dans leur action.

## Description.

*A*. Muscle droit supérieur.

*Définition.*

Le muscle droit supérieur encore appelé muscle élévateur de la pupille est situé entre le nerf optique et le globe de l'œil en bas ; la voûte osseuse et le muscle élévateur de la paupière supérieure en haut.

Il s'étend depuis le voisinage du trou optique situé au sommet de l'orbite, jusqu'à la partie supérieure de l'hémisphère antérieur du globe oculaire.

*Insertions.*

*Postérieure.*

1. Gaîne du nerf optique immédiatement au-devant de l'élévateur de la paupière qui le sépare du trou optique.

2. Anneau fibreux qui délimite dans la fente sphénoïdale l'orifice d'entrée du nerf moteur oculaire commun.

*Antérieure.*

A la partie supérieure de l'hémisphère antérieur du globe de l'œil, à 8 millimètres en arrière du bord de la cornée par une lame tendineuse extrêmement mince, quadrilatère.

Le corps charnu est de forme triangulaire. Etroit en arrière, s'élargit en s'approchant de son insertion oculaire. Il est dirigé en avant et un peu en haut. S'infléchit en bas et en avant quand il est arrivé au-dessus du globe de l'œil de façon à gagner son insertion antérieure.

*Rapports.*

*En haut.*

Muscle élévateur de la paupière.
Paroi supérieure de l'orbite.

*En bas.*

Couche cellulo-adipeuse entourant le nerf optique.
Portion réfléchie du muscle grand oblique.
Globe oculaire.
Artère ophthalmique.

*En dehors.*

Bord supérieur du muscle droit externe.

*En dedans.*

Portion directe du muscle grand oblique.
Bord supérieur du muscle droit interne.

*En avant.*

Glande lacrymale.

*Action.*

Rotation du globe de l'œil autour de son axe transversal de façon que l'orifice pupillaire regarde en haut.

*B.* Muscle droit inférieur.

*Définition.*

Muscle nommé également abaisseur de la pupille, situé au-dessous du nerf optique et du globe de l'œil, au-dessus de la paroi inférieure de l'orbite.

*Insertions.*

*Postérieure.*

Faisceau moyen du *tendon de Zinn.* Ce tendon ou cordon fibreux s'insère en bas et en dehors du trou optique dans une fossette très rapprochée de la partie la plus large de la fente sphénoïdale. Peu après son insertion osseuse il se divise en trois languettes dont la moyenne est le point de départ du muscle droit inférieur.

*Antérieure.*

Partie inférieure de l'hémisphère antérieur du globe oculaire, par une lamelle aponévrotique quadrilatère aboutissant à la sclérotique par une ligne oblique située à 6 millimètres au-dessous et en arrière de la cornée.

Corps charnu est triangulaire, étroit en arrière, plus large en avant.

*Rapports.*

*En haut.*

— Tissu adipeux qui entoure le nerf optique.
— Nerf optique.
— Artère ophthalmique.
— Globe de l'œil.
— Entre l'aponévrose terminale du muscle

et le globe de l'œil, tissu cellulaire lâche, véritable bourse séreuse.

*En bas.*

— Plancher de l'orbite.

— Muscle petit oblique qui le croise obliquement.

*Action.*

Rotation du globe de l'œil autour de son axe transversal de telle sorte que la pupille vienne regarder en bas.

*C.* Muscle droit externe.

*Définition.*

Nommé encore muscle abducteur de la pupille situé entre le globe de l'œil et la paroi externe de l'orbite.

*Insertions.*

*Postérieure.*

1. Faisceau externe du tendon de Zinn.

2. Par quelques fibres aponévrotiques partant de l'anneau livrant passage dans la fente sphénoïdale au nerf moteur oculaire commun.

*Antérieure.*

Partie externe de l'hémisphère antérieur du globe oculaire à 7 millimètres en dehors et en arrière de la cornée par une aponévrose semblable à celle des muscles précédents.

*Corps charnu.*

Allongé et triangulaire, dirigé en dehors et en avant en suivant la paroi externe de l'orbite, puis au voisinage du globe oculaire s'infléchit en avant et en dedans de façon à contourner le globe oculaire et à gagner son insertion antérieure.

*Rapports.*

*En dedans.*

Atmosphère cellulo-adipeuse du nerf optique.
Globe de l'œil.
Insertion oculaire du petit oblique.

*En dehors.*

Paroi correspondante de l'orbite.
Partie orbitaire de la glande lacrymale.

Entre les deux faisceaux d'origine, passage du nerf lacrymal qui suit ensuite la face externe du muscle pour gagner la glande.

*Action.*

Rotation du globe oculaire autour de son diamètre vertical de telle façon que la pupille regarde en dehors.

*D.* Muscle droit interne.

*Définition.*

Le muscle droit interne ou abducteur de la pupille est situé entre le globe oculaire et la paroi interne de l'orbite.

*Insertions.*

*Postérieure.*

1. Faisceau interne du tendon de Zinn.
2. Côté interne de la gaîne du nerf optique par de courtes fibres aponévrotiques.

*Antérieure.*

Partie interne de l'hémisphère antérieur du globe oculaire à 5 ou 6 millimètres en arrière de la cornée.

*Corps charnu.*

Triangulaire, allongé, s'infléchit de dedans en dehors, au voisinage du globe oculaire, de façon à en contourner la partie interne.

*Rapports.*

*En dedans.*

Paroi interne de l'orbite représentée par :

— Ethmoïde (lame papyracée).
— Unguis.
— Apophyse montante du maxillaire supérieur.
Artère ophthalmique.
Nerf nasal.

*En dehors.*

— Masse adipeuse entourant le nerf optique.
— Globe de l'œil.

*Action.*

Mouvement de rotation du globe oculaire autour de son axe vertical, dirigeant la pupille en dedans.

*E.* Muscle grand oblique.

*Définition. — Forme.*

Muscle composé de deux portions.

1. L'une postérieure, allongée, entièrement musculaire, située dans l'angle formé par les parois supérieure et interne de l'orbite, et dirigé d'arrière en avant et de dehors en dedans.

2. L'autre antérieure, aponévrotique, dirigée en dehors et en arrière, formant avec la précédente un angle aigu ouvert en arrière et en dehors ; au point où le muscle change d'aspect et de direction, existe un petit tractus fibreux rattaché à l'angle interne et antérieur de la paroi supérieure de l'orbite et constituant une *poulie de réflexion.*

*Insertions.*

*Postérieure.*

1. Gaîne du nerf optique.
2. Partie voisine du trou optique.

*Antérieure.*

Partie supérieure et externe de l'hémisphère postérieur du globe oculaire.

Corps charnu allongé, étroit, dirigé en avant et en dedans, aboutit à la poulie de réflexion où il

se change en un tendon qui gagne en s'étalant l'insertion antérieure.

*Rapports.*

*Portion postérieure.*

*En haut.*

— Angle inférieur et interne de la cavité orbitaire.

*En bas.*

— Tissu adipeux voisin du nerf optique.

*En dedans.*

— Muscle droit interne.

*En dehors.*

— Muscle droit supérieur.

*Portion antérieure.*

*En haut.*

— Muscle droit supérieur.
— Muscle élévateur de la paupière.

*En bas.*

— Globe de l'œil.
— Bord supérieur du muscle droit interne.

*Action.*

Rotation autour d'un axe, obliquement dirigé en arrière et en dedans, et ayant pour effet de porter la pupille en bas et en dehors.

*F.* Muscle petit oblique.

*Définition.*

Muscle plus petit que les précédents. Situé entre le globe de l'œil et la paroi inférieure de l'orbite ; n'a pas d'insertion fixe au voisinage du sommet de la cavité orbitaire.

*Insertions.*

*Interne.*

Partie inférieure et interne de la circonfé-

rence de la base de l'orbite à deux millimètres en dehors du sac lacrymal.

*Externe.*

Partie inférieure et externe de l'hémisphère postérieur du globe oculaire.

*Corps charnu.*

Allongé, aplati, curviligne, allant en s'amincissant et en se recourbant pour embrasser la partie inférieure du globe oculaire; s'insère à ce globe oculaire par une bandelette aponévrotique.

*Rapports.*

*En bas.*

— Plancher de l'orbite.

*En dehors.*

— Muscle droit externe.

*En haut.*

— Muscle droit inférieur.
— Hémisphère postérieur du globe de l'œil.

*Action.*

Rotation autour d'un axe dirigé en arrière et en dedans, ayant pour effet d'amener la pupille à se diriger en haut et en dehors.

**Aponévrose orbitaire.**

Concave en avant, hémisphérique, entoure toute la portion scléroticale du globe oculaire.

α) De cette partie centrale ou capsule de Tenon partent des prolongements formant des gaînes musculaires accompagnant : 1. Les muscles depuis l'aponévrose jusqu'à l'insertion osseuse; 2. Les tendons terminaux depuis la capsule jusqu'à la sclérotique.

β) Des gaînes musculaires précédentes partent des prolongements de second ordre (Sappey) ou faisceaux tendineux.

a) *Faisceau tendineux du muscle droit externe.*

Dirigé en dehors et en avant, s'attache à la paroi externe de l'orbite; contient quelques fibres musculaires lisses : muscle orbitaire externe (Sappey).

Soutient le muscle droit externe quand il s'enroule sur le globe oculaire pendant la contraction du droit interne.

Limite le raccourcissement du muscle.

b) *Faisceau tendineux du muscle droit interne.*

Muscle orbitaire interne, aboutit à la crête de l'os unguis.

c) *Faisceau tendineux du droit supérieur.*

Aboutit au muscle orbito-palpébral de la paupière.

d) *Faisceau tendineux du droit inférieur.*

S'attache sur le ligament large de la paupière inférieure.

e) *Faisceau tendineux du petit oblique.*

Aboutit au muscle de Müller situé dans la fente sphéno-maxillaire.

Le muscle grand oblique n'a pas de faisceau tendineux.

**Irrigation des muscles moteurs de l'œil.**

Branches de l'artère ophthalmique.

**Innervation des muscles moteurs de l'œil.**

Nerf moteur oculaire commun (III^e^ paire).

— Muscle droit supérieur.
— Muscle droit interne.
— Muscle droit inférieur.
— Muscle petit oblique.

Nerf moteur oculaire externe (VI^e^ paire).

— Muscle droit externe.

Nerf pathétique (IV^e^ paire).

— Muscle grand oblique.

# PARALYSIE FACIALE

De la notion de la distribution anatomique du facial et de sa physiologie on peut déduire que sa paralysie amènera :

*a*) Des troubles de motilité (facial moteur).

*b*) Des troubles de sensibilité spéciale (corde du tympan).

*c*) Des troubles de sensibilité générale (par les anastomoses de certains de ses filets avec d'autres venus du trijumeau).

Division classique en.

1. Paralysie périphérique (du nerf facial proprement dit). La lésion siégeant des noyaux bulbaires aux branches terminales du nerf.

2. Paralysie centrale. La lésion siégeant aux origines corticales ou sur les fibres allant de l'écorce aux noyaux bulbaires.

3. Paralysies hystériques.

Sous le nom de paralysie faciale on comprend donc ces trois variétés. La première seule est importante, constituant une véritable entité morbide.

## Etiologie.

*A*. Paralysie faciale périphérique.

Causée par :

1. *Lésions du nerf.*

Traumatisme ; interventions sur la parotide ; forceps (p. obstétricale) ; tumeurs et abcès de la parotide ; otites ; tumeurs intra-crâniennes ; exostoses ; méningite.

2. *Maladies générales, dyscrasiques, infectieuses.*

Syphilis ; rhumatisme ; goutte ; tétanos.

3. *Paralysies classées jadis a frigore.*

Elles relèvent du rhumatisme, d'infections diverses ; d'étranglement du nerf dans son canal osseux (Erb. Duchenne).

Pour Neumann et Charcot, un certain nombre constituent une maladie spéciale, héréditaire souvent.

*B*. Paralysie faciale centrale.

1. *Centrale.* — (Hémorrhagies ; tumeurs).
2. *Corticale.* — (Méningite, ramollissement, tumeurs).

**Description.**

*A*. Paralysie périphérique.

Début variable, insidieux.

1. *Troubles moteurs.*

Du côté paralysé la joue est pleine, portée en avant, sans rides ni plis.

La bouche est déviée du côté sain. Le malade ne rit, pleure, parle, siffle que d'un côté.

Cette paralysie s'accusera davantage lorsqu'on fera rire ou siffler le malade.

En outre. l'orbiculaire est pris, il y a impossibilité d'arriver à l'occlusion complète des paupières du côté paralysé (épiphora).

— La parole est embarrassée ; la luette est déviée du côté sain, le voile du palais tombe du côté paralysé.

2. *Troubles de sensibilité.*

a) *Spéciale.*

Diminution de la gustation du côté pris (dans le 1/3 antérieur de la langue).

Exagération pénible de l'accuité auditive.

b) *Générale.*

Douleurs spontanées. Anesthésie aux trois modes de sensibilité.

FORMES DIVERSES SELON LE SIÈGE DE LA LÉSION.

1. *Intra-temporale.*

Forme classique.

2. *A la sortie du trou mastoïdien.*

Pas de troubles du goût ni de l'ouïe.

3. *Bulbo-protubérantielle.*

Paralysie complète avec hémiplégie croisée des membres.

FORMES SELON L'ÉTIOLOGIE.

1. *Paralysie essentielle a frigore.*

Brusque, douloureuse. Parfois grave avec réaction de dégénérescence rapide ; contracture précoce et donnant une déviation de la bouche en sens opposé.

2. *Obstétricale.*

Produite par le forceps ou une compression intra-pelvienne, bénigne, mais gênant la succion.

FORMES SPÉCIALES.

1. *Diplégie faciale.*

Par fractures ou caries doubles du rocher ; parfois par succession de deux paralysies.

2. *Paralysie faciale douloureuse.*

Lorsque la guérison survient, le retour à la tonicité se fait d'abord par le buccinateur et en dernier lieu par l'orbiculaire.

*B.* PARALYSIE FACIALE CENTRALE.

Dans ce cas le facial inférieur seul est pris, l'orbiculaire des paupières restant indemne. La paralysie est moins accentuée, elle accompagne une hémiplégie des membres. Il y a en même temps déviation conjuguée de la tête et des yeux.

*C.* Paralysie faciale hystérique.

Encore peu connue ; ressemble à une paralysie centrale. Fugace, légère, passagère, avec autres stigmates d'hystérie.

**Diagnostic.**

Facile. Il sera aisé de ne pas confondre avec :

— Hémiatrophie faciale.
— Fluxion dentaire.
— Tic convulsif de la face.
— Hémispasme glosso-labié hystérique.
Paralysie labio-glosso-laryngée. (Dans le cas de diplégie faciale).

Diagnostic de la variété d'après les troubles sensitifs et moteurs.

Se souvenir que dans la paralysie d'origine centrale l'orbiculaire n'est pas pris.

Dans ce cas également lorsqu'on injecte de la pilocarpine au malade, la réaction sudorale est la même des deux côtés. Dans le cas de paralysie périphérique au contraire la sueur n'apparaît du côté paralysé que 2 à 3 minutes plus tard que du côté sain.

**Traitement.**

Si la cause de la paralysie est connue, on fera un traitement causal (syphilis ; compression par esquilles, etc.).

Sinon, on dans les cas où il sera impossible d'intervenir directement, on fera de la révulsion et de l'électrisation.

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC
## DE LA
# CIRRHOSE ATROPHIQUE ALCOOLIQUE DU FOIE

La plus fréquente des cirrhoses du foie en général et des anciennes cirrhoses atrophiques de Laënnec.

Elle se rencontre presque exclusivement chez l'adulte ; chez les buveurs de vin principalement pour les uns (Lancereaux), chez les buveurs de liqueurs et d'essences pour les autres (Potain).

Anatomiquement elle est essentiellement caractérisée par l'atrophie du foie (qui tombe à 900-700 grammes), et la production d'une cirrhose bi-veineuse.

**Symptômes.**

*A.* Période initiale. Préascitique.

Longue (plusieurs années) et insidieuse.

1. *Signes vagues relevant de l'alcoolisme.*

Tremblement ; cauchemars ; rêves professionnels ; crampes dans les mollets ; pituites matutinales.

Et surtout tendance aux troubles dyspptiques (vomissements ; anorexie).

2. *Signes précurseurs devenant peu à peu plus nets. Petits signes de cirrhose de Hanot.*

— Troubles dyspeptiques qui s'accentuent : constipation avec débâcles diarrhéïques, bouche amère ; langue pâteuse ; anorexie marquée avec dégoût de la viande, de la graisse, des sauces.

Epistaxis à répétition (narine droite), hémorrhagies gingivales, hémorrhoïdes, purpura.

Urobilinurie ; glycosurie alimentaire ; augmentation de la quantité d'urée (dure peu, elle diminuera vite).

3. *Et à l'examen du matade.*

Malade amaigri ; facies blême, tiré ; des varicosités sur les pommettes ; et une légère teinte subictérique des conjonctives.

Ventre météorisé.

Foie douloureux, quelquefois légèrement augmenté de volume (poussées conjonctives).

Parfois œdème léger des membres inférieurs, blanc, indolent.

*B.* Période d'état. Ascitique.

3 Symptômes capitaux.

1. *Ascite.*
2. *Développement d'une circulation veineuse complémentaire.*
3. *Diminution du volume du foie.*

1. *Ascite.*

Se développe progressivement, précédée de tympanisme abdominal auquel Dieulafoy attache une grande valeur.

Faire rapidement ici la symptomatologie de l'ascite.

*Inspection.*

Ventre élargi (batraciens), saillie de l'ombilic. Vergetures.

*Palpation et percussion.*

Sensation de flot. Zone de matité inférieure en croissant, entourant dans sa concavité tournée en haut une zone hypersonore (sauf dans les épanchements énormes). Déplacement de la matité selon la position du malade.

Cette ascite peut, mais rarement, faire défaut.

2. *Circulation supplémentaire.*

Qui a pour but de ramener au cœur, par une

voie détournée, le sang du système porte en partie arrêté au niveau du foie.

Elle est surtout sus-ombilicale.

Quelquefois véritable plexus variqueux entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde.

3. *Atrophie du foie.*

Par sclérose rétractile et atrophie des cellules hépatiques.

Masquée par le tympanisme et l'ascite, sera surtout évidente lorsqu'on ponctionnera l'ascite.

Il se rétracte sous les fausses côtes ; et la palpation permettra parfois d'aller sentir son bord inférieur durci, bosselé, granuleux, irrégulier.

A côté de ces trois symptômes citer :

*L'hypertrophie considérable de la rate.*

*L'œdème des membres inférieurs et même de la moitié inférieure du corps.*

Qui fait contraste avec la moitié supérieure émaciée.

*La fréquence des hémorrhagies.*

Purpura ; épistaxis ; hématémèse et melœna par rupture de varices œsophagiennes.

*La fréquence des nœvi.*

*L'absence normale d'ictère.*

Teinte terreuse, parfois subictérique ; jamais le bel ictère jaune d'or.

*Les signes tirés de l'examen des urines.*

Urines rares, colorées, pauvres en urée, riches en urobiline ; renfermant souvent de l'albumine.

*L'accentuation des troubles digestifs.*

Anorexie absolue ; vomissements ; alternatives de diarrhée et de constipation.

*L'existence fréquente de troubles pleuro-pulmonaires.*

Congestion des bases ; pleurésie sèche à droite.

*Et de troubles circulatoires.*

Souffles orificiels, surtout tricuspidiens.
Ralentissement du pouls.

**Marche.**

Evolution lente, chronique, aboutissant fatalement à la mort dans presque tous les cas. Quelquefois forme aiguë (6 mois ; Hanot).

*Mort.*

*a*) Soit par progrès de la cachexie ; et par la déminéralisation rapide qu'amènent les ponctions répétées de l'ascite.

*b*) Soit par des phénomènes d'auto-intoxication complète (urémie hépatique ; ictère grave).

*c*) Soit par des complications intercurrentes (hémorrhagies ; pyléphlébite ; péritonite ; tuberculose).

**Diagnostic.**

Difficile au début, où les hémorrhagies font croire à un ulcère ou à un cancer de l'estomac ; l'œdème des membres inférieurs, à une affection cardiaque ou rénale.

A la période d'état, le diagnostic sera principalement à faire avec :

*Péritonite tuberculeuse chronique.*

Mais l'ascite est moins abondante, plus cloisonnée, et se reproduit moins vite après ponction. Stigmates de tuberculose ; parfois même autre localisation.

*Carcinose miliaire aiguë du péritoine.*

Ascite hémorrhagique ; noyaux péritonéaux.

*Pyléphlébite.*

*Syphilis hépatique.*

Dans sa forme scléro-gommeuse.

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

**Définition.**

Maladie générale traduisant la réaction de l'organisme envahi par le bacille d'Eberth.

Elle frappe particulièrement les jeunes gens et les adultes ; à Paris elle se rencontre principalement chez les individus arrivés depuis peu d'années et non encore acclimatés.

Le surmenage, l'encombrement, l'agglomération constituent des causes prédisposantes.

**Symptômes.**

Etant donné la multiplicité extrême des formes de la maladie, résultant du degré de virulence du microbe spécifique, du degré de résistance du terrain, de la possibilité de complications nombreuses qui viennent modifier l'allure clinique, prendre comme type de description une forme moyenne sur laquelle on insistera, passant ensuite très rapidement sur les autres formes et indiquant sommairement les complications les plus classiques.

INCUBATION.

10 à 15 jours. Lassitude ; perte d'appétit ; maux de tête ; épistaxis.

INVASION.

Brusque ou plus souvent graduelle.

Troubles divers que l'on peut classer en :

1. *Troubles nerveux.*

Céphalalgie, bourdonnements d'oreille, vertige lorsque le malade se lève.

Obtusion de l'intelligence.

Perte de sommeil.

2. *Troubles digestifs.*

Signes d'embarras gastrique avec langue pâteuse, anorexie.

Ventre météorisé ; quelquefois déjà gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite.

Diarrhée.

3. *Troubles respiratoires.*

Toux ; râles sibilants et ronflants.

4. *Troubles divers.*

Epistaxis répétées.

Tuméfaction de la rate.

Urines rares, rouges, contenant de l'albumine et des traces d'indican.

C'est par l'ensemble de ces signes, en même temps que par la courbe thermique, qu'on pourra faire le diagnostic. Cette période a duré de 4 à 7 jours et la T° est montée progressivement à 40° ; 40,5.

Citer ici les lois de Wanderlich qui, sans être absolues, sont cependant exactes la plupart du temps : Toutes les fois que la T°, le soir du 1er ou du 2e jour de la maladie monte à 40° ; toutes les fois que du 4e au 6e jour elle n'a pas dépassé 39° ; toutes les fois enfin qu'entre le 4e et le 8e jour elle est retombée à la normale, ce n'est pas une fièvre typhoïde.

ETAT.

Cette période est essentiellement caractérisée par une ligne d'oscillations thermiques en plateau (Entre 40° et 41°), par l'apparition des taches rosées lenticulaires et par l'état dit typhoïde dans lequel est plongé le malade.

Reprenons la même classification qu'à la période précédente.

1. *Troubles nerveux.*

La céphalalgie et les bourdonnements d'oreilles s'atténuent.

Le malade immobile est plongé dans la somnolence et la stupeur, ne faisant attention à rien, anéanti. Les lèvres, la langue tremblottent, il a des soubresauts des tendons, des mouvements athétosiques et de la carphologie.

Le délire est fréquent; parfois il est constant, surtout la nuit.

2. *Troubles digestifs.*

Langue sèche, dure, rôtie (langue de perroquet), fuliginosités.

Diarrhée spéciale : jaune ocre, fétide.

Gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite de plus en plus nets.

Météorisme abdominal.

3. *Troubles pulmonaires.*

S'atténuent en général. Un peu de bronchite.

4. *Signes divers de valeur.*

*Taches rosées lenticulaires.*

Caractéristiques; ne sont pas cependant absolument pathognomoniques puisqu'on les a rencontrées dans la granulie aiguë.

Taches érythémateuses, souvent papuleuses, roses, disparaissant un instant sous la pression du doigt; en petit nombre (10 à 20 en moyenne), siégeant presque exclusivement sur le ventre, la partie antérieure du thorax, évoluant en 3 à 5 jours et laissant une macule cuivrée qui disparaîtra vite.

*Sudamina.*

*Hypertrophie marquée de la rate.*

*Dicrotisme du pouls.*

Cette période dure de 7 à 15 jours.

Défervescence.

Quelquefois brusque; beaucoup plus souvent lente, en lysis (période des oscillations descendantes qui en une semaine ramène la T° à la normale).

Tous les symptômes s'atténuent; la diarrhée cesse, le malade affaibli, amaigri considérablement, sort de l'état de stupeur où il était plongé et entre en convalescence; convalescence longue et fertile en accidents.

**Principales formes.**

1. *Par prédominance d'un symptôme ou d'un groupe de symptômes.*

*a*) Forme inflammatoire.

Etat congestif général. Pouls rapide, dur; prélude d'ataxo-adynamie.

*b*) Forme bilieuse.

Nausées, vomissements, ictère.

*c*) Forme hémorrhagique.

*d*) Forme cardiaque ou syncopale.

Toutes formes à pronostic sévère.

2. *Par gravité ou bénignité de l'allure.*

*a*) Forme ataxo-adynamique.

Maligne des anciens; hyperpyrétique.

Avec adynamie (hébétude, prostration, petitesse du pouls, délire tranquille, syncopes).

Avec ataxie (délire, soubresauts, T° élevée sans rémissions.

C'est là que se trouve la forme foudroyante.

*b*) Forme latente ou ambulatoire.

N'est pas indemne des complications, et se traduit parfois par une hémorrhagie intestinale mortelle ou une perforation.

*c*) Fébricule typhoïde. Synoque.

*d*) Typhoïdette.

Forme abortive.

3. *D'après le terrain.*

L'allure varie chez l'enfant (pas de météorisme, peu de diarrhée, éruption discrète), chez la femme enceinte (avortement), chez les alcooliques (ataxie, délire), chez les cardiaques (syncopes).

**Principales complications.**

Tous les appareils peuvent être touchés.
Diviser les complications en :

*A*. Fréquentes.

1. *Hémorrhagie intestinale.*

Tantôt précoce (congestive et de peu d'importance), tantôt survenant à la fin de la deuxième ou troisième semaine, se traduisant par du mélæna le plus souvent, une chute brusque de la T° (qui tombe à 36°), lipothymie, syncope.

2. *Perforation intestinale.*

Précédée en général d'hémorrhagie, amenant une péritonite suraiguë. (Voir péritonites aiguës).

3. *Complications pulmonaires.*

Bronchite ; congestion pulmonaire ; broncho-pneumonie.

4. *Myocardite.*

5. *Angines pseudo-membraneuses. Ulcérations buccales.*

6. *Eschares sacrées.*

*B*. Rares.

Artérites ; thromboses veineuses ; myosites ; parotidites ; Orchites ; infections biliaires ; otites ; paralysiés, etc. tuberculose pulmonaire, etc.

*C*. A la période de convalescence.

Ostéo-périostites ; paralysies ;

**Diagnostic.**

Faire seulement ici le diagnostic différentiel de la forme moyenne ; et le diviser en deux chapitres.

1. Clinique.
2. Bactériologique.

1. Diagnostic différentiel clinique.

a) *Au début.*

Avec une série d'états morbides vagues, de début de granulie, de grippe, de typhus, de fièvre syphilitique.

Ou bien la fièvre typhoïde se masquera sous une angine, une pneumonie, un catarrhe gastrique, ou sous des phénomènes cérébraux (manie aiguë).

b) *A la période d'état.*

Les principaux diagnostics à faire sont avec :

Embarras gastrique fébrile.
Grippe à forme abdominale.
Fièvre syphilitique.
Intoxications d'origine alimentaire.
Ostéo-myélite aiguë de l'adolescent et surtout avec :

La tuberculose miliaire aiguë (granulie d'Empis), (dyspnée ; symptômes méningés fréquents, recherche du bacille de Koch dans les crachats.

Certaines endocardites infectieuses et néphrites aiguës.

2. Diagnostic différentiel bactériologique.

Autrefois on pratiquait la recherche du bacille d'Eberth (selles ; ponction de la rate).

C'était peu pratique et d'autre part il est difficile de distinguer dans certains cas le bacille typhique du colibacille.

Actuellement on se sert de la méthode du séro-diagnostic de Widal.

Le sérum sanguin d'un typhique agglutine en effet le bacille d'Eberth en culture fraîche sur bouillon, lorsqu'on ajoute 1 p. de sérum, pour 10 p. de bouillon d'Eberth.

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.**

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : **I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main.** PATHOLOGIE : **I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.**

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : **I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude.** PATHOLOGIE : **I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.**

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : **I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire.** PATHOLOGIE : **I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.**

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.**

*Fascicule XXIX.*— Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale.— II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur.— II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 28**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | Anatomie. . . | **Configuration extérieure du cœur.** |
| II. | — . . . | **Muscle trapèze.** |
| III. | — . . . | **Artère iliaque interne.** |
| I. | Pathologie . . | **Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique.** |
| II. | — . . . | **Symptômes et diagnostic de la grippe.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, rue de l'École-de-Médecine, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 32*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* —ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.— III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# CONFIGURATION EXTÉRIEURE DU CŒUR

Donner rapidement la définition, la situation du cœur

**Forme.**

Cône aplati d'avant en arrière d'après les classiques.

On lui distingue : une face antérieure, une face postérieure, un bord droit, un bord gauche, une base et un sommet.

La base est assez voisine de la colonne vertébrale et par conséquent de la paroi thoracique postérieure. Elle regarde en arrière, à droite et légèrement en haut.

Le sommet est appliqué immédiatement à la face postérieure de la paroi antérieure du thorax.

L'axe est dirigé à gauche, en avant et en bas, en allant de la base vers le sommet.

**Description.**

*Face antérieure.*

Divisée en 4 portions : deux inférieures et gauches ; deux supérieures et droites.

Les deux inférieures sont la face antérieure des deux ventricules.

Les deux supérieures sont la face antérieure des deux oreillettes.

Les deux ventricules sont séparés l'un de l'autre par un *sillon interventriculaire* dirigé vers le sommet et logeant :

— Artère coronaire antérieure.
— Veine coronaire antérieure.

— Vaisseaux lymphatiques.
— Filets nerveux issus du plexus cardiaque.
— Tissu cellulo-adipeux.

Les deux oreillettes, droite et gauche, sont séparées l'une de l'autre beaucoup moins nettement car le sillon qui les séparerait est à peu près comblé par des fibres musculaires allant d'une oreillette à l'autre.

Les oreillettes sont séparées des ventricules par un sillon : *inreraurículo-ventriculaire* qui loge :

Entre l'oreillette droite et le ventricule droit.

— Artère coronaire droite ou postérieure.
— Petite veine coronaire.
— Lymphatiques.
— Tissu cellulo-adipeux.

Entre l'oreillette gauche et le ventricule gauche.

— Artère auriculo-ventriculaire, branche de l'artère coronaire antérieure.
— Grande veine coronaire.
— Lymphatiques.
— Tissu cellulo-adipeux.

Entre chacun de ces sillons sont les faces antérieures des ventricules et des oreillettes.

*Ventricules.*

Ventricule gauche ; sa face antérieure forme une saillie assez arrondie et étroite.

Ventricule droit : sa face antérieure est plus large que celle du ventricule gauche mais forme une saillie moins prononcée.

Cette face est plus renflée dans la partie supérieure au voisinage de l'orifice pulmonaire ; ce renflement aboutissant à l'artère pulmonaire correspond à l'infundibulum visible à la face interne de ce ventricule.

*Oreillettes.*

Considérées dans leur ensemble les oreillettes ont une face antérieure excavée et en retrait assez marqué sur la face antérieure de la portion ventriculaire. Ce retrait a pour effet de laisser à découvert une partie de la face

par laquelle les ventricules adhèrent aux oreillettes. C'est par cette partie que sortent les deux gros troncs artériels. *Artere pulmonaire*, du ventricule droit ; aorte, du ventricule gauche, et ce sont ces vaisseaux qui en passant dépriment la face antérieure des oreillettes.

*Face postérieure.*

Egalement parcourue par quatre sillons séparant les oreillettes et les ventricules.

Entre les ventricules droit et gauche : sillon interventriculaire postérieur logeant :

— Branche postérieure de la grande veine coronaire ou veine médiane postérieure.

— Artère coronaire postérieure.

— Lymphatiques.

— Plexus nerveux issu du plexus cardiaque.

— Tissu cellulo-adipeux.

Entre les oreillettes.

Sillon curviligne dont la concavité est tournée vers l'oreillette droite.

Entre les oreillettes et les ventricules.

Sillon interauriculo-ventriculaire logeant :

Entre l'oreillette et le ventricule droit :

— Artère coronaire droite ou postérieure.

— Veine petite coronaire.

Entre l'oreillette et le ventricule gauche.

— Artère auriculo-ventriculaire (dont l'extrémité antérieure a été vue au moment de l'étude de la face antérieure).

— Grande veine coronaire qui aboutit à l'oreillette droite où elle vient s'ouvrir.

Dans son trajet dans le sillon interauriculo-ventriculaire elle se renfle considérablement : *sinus coronaire* qui est la partie inférieure persistante de la veine cave supérieure gauche de l'embryon.

Entre chacun de ces sillons sont les faces postérieures des ventricules et des oreillettes.

*Ventricules.*

*Ventricule droit.*

Convexe. Forme sur la face postérieure une surface moindre qu'à la face antérieure.

*Ventricule gauche.*

Forme une plus large surface qu'à la face antérieure du cœur.

*Oreillettes.*

*Oreillette gauche.*

Convexe.

*Oreillette droite.*

Orifice de la veine cave inférieure oblitéré en partie par la valvule d'Eustachi, large, circulaire.

Orifice de la grande veine coronaire, circulaire, oblitéré en partie par la valvule de Thébésius.

*Bord droit.*

Formé par la rencontre à angle aigu des faces antérieure et postérieure.

Mince, dirigé horizontalement en avant et à gauche, parcouru par l'*artère du bord droit du cœur,* branche de l'artère coronaire droite ; séparé en un segment auriculaire et un segment ventriculaire par le sillon interauriculo-ventriculaire parcouru par l'artère coronaire droite.

*Bord gauche.*

Large, véritable face.

Regarde à gauche et en arrière.

Séparé en deux segments, l'un auriculaire, l'autre ventriculaire, par le sillon interauriculo-ventriculaire contenant la grande veine coronaire, l'artère auriculo-ventriculaire.

*Base.*

Regarde en arrière et à droite, formée par la face postéro-supérieure des oreillettes.

Séparée en deux segments par un léger sillon qui indique la limite des deux oreillettes.

*Oreillette gauche.*

Orifices des 4 veines pulmonaires.

Deux veines pulmonaires droites, près de la cloison et du sillon interauriculaire.

Deux veines pulmonaires gauches plus en dehors.

*Oreillette droite.*

Orifice de la veine cave supérieure, circulaire, sans aucune valvule pour l'oblitérer.

*Auricules.*

Chaque oreillette présente une sorte de prolongement en doigt de gant, dont la cavité communique largement avec la cavité auriculaire.

*L'auricule droite* est large, courte, triangulaire, dentelée sur le bord. Elle se prolonge par son sommet jusqu'à l'aorte qu'elle recouvre en partie.

*L'auricule gauche* est plus longue et plus étroite, s'applique par son sommet au tronc de l'artère pulmonaire.

*Sommet.*

*Pointe du cœur.*

Bifide; partagé par un sillon qui fait se continuer l'un avec l'autre les sillons interventriculaires antérieurs et postérieurs.

L'une des parties de la pointe appartient au ventricule droit, l'autre au ventricule gauche. Celle-ci est la plus volumineuse et forme presque à elle seule la pointe du cœur.

# MUSCLE TRAPÈZE

**Définition. — Situation.**

Le plus superficiel des muscles du dos. S'étend dans le sens vertical depuis la partie moyenne de l'écaille de l'occipital jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale de la colonne vertébrale — et dans le sens transversal depuis la ligne des apophyses épineuses jusqu'à la ceinture scapulaire (omoplate et clavicule).

**Forme**

Celle qui indique son nom, avec une large base interne répondant à la colonne vertébrale et une petite base externe répondant à la ceinture scapulaire. Si on considère les deux trapèzes juxtaposés l'un à l'autre on a une figure de forme losangique dont le grand axe vertical est formé par la ligne des apophyses épineuses.

**Insertions.**

*Internes.*

1. — Tiers interne de la ligne courbe occipitale supérieure.

— Protubérance occipitale externe.

Par une lamelle tendineuse mince.

2. — Bord postérieur du ligament occipital postérieur (grand ligament de la nuque).

— Sommet de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale.

3. — Sommet de toutes les apophyses épineuses de la région dorsale.

— Ligaments interépineux correspondants.

Ces insertions se font par des fibres aponévrotiques.

Ces fibres aponévrotiques deviennent de plus en plus longues à mesure que l'on descend depuis la cinquième vertèbre cervicale environ jusqu'au niveau de la première vertèbre dorsale, — puis peu à peu elles diminuent de longueur pour redevenir très courtes au niveau de la troisième vertèbre cervicale. Dans cet espace, les fibres aponévrotiques juxtaposées les unes aux autres forment, grâce à leur longueur croissante puis décroissante, une aponévrose de forme triangulaire dont la base répond aux apophyses épineuses et le sommet est dirigé en dehors. Si l'on considère les deux trapèzes à la fois, on a, au lieu d'une figure triangulaire une figure losangique à grand axe vertical.

De même, plus bas, au niveau des trois dernières vertèbres dorsales, les fibres aponévrotiques d'insertion prennent encore une longueur de plus en plus longue, et forment un nouveau triangle aponévrotique beaucoup plus petit que le précédent dont la pointe est dirigée en bas.

*Externes.*

Parties des insertions internes, les fibres charnues se rendent à l'insertion externe en formant trois faisceaux.

α) *Faisceau supérieur.*

Fibres venues de l'occipital et du ligament occipital postérieur.

Dirigées en bas, en dehors et en avant.

Aboutissent au tiers externe du bord postérieur de la clavicule, et sur la face supérieure de cet os.

β) *Faisceau moyen.*

Formé des fibres venues de la région dorsale moyenne.

Dirigé transversalement en dehors.

Aboutit au bord interne et à la face supérieure de l'acromion, au versant supérieur de l'épine de l'omoplate jusqu'au tubercule du trapèze que présente cette épine.

γ) *Faisceau inférieur.*

Fibres, venues des dernières vertèbres dorsales, se jettent sur une aponévrose s'engageant sous le faisceau précédent et glissant, grâce à l'existence d'une bourse séreuse, sur la surface triangulaire terminant en dedans l'épine de l'omoplate.

Aboutissent au versant supérieur du tubercule de l'épine de l'omoplate.

**Rapports.**

*En arrière.*

— Tissu cellulaire sous-cutané.
— Peau.

*En avant* (*de haut en bas*).

— Muscle grand complexus.
— Muscle angulaire.
— Muscle rhomboïde.
— Muscle petit dentelé supérieur.
— Muscle sus-épineux.
— Muscle sous-épineux dans une très petite portion.
— Angle supérieur et interne du grand dorsal.
— Muscle long dorsal.
— Muscle sacro-lombaire.

*Bord antérieur et supérieur.*

Forme la limite postéro-externe du triangle sus-claviculaire dont la limite antérieure et interne est formée par le sterno-mastoïdien.

*Bord postérieur et inférieur.*

Dirigé en bas et en dedans.

Sus-jacent au muscle grand dorsal.

*Grande base interne.*

Répond à la ligne des apophyses épineuses.

*Petite base externe.*

Répond à la ceinture scapulaire et au muscle deltoïde.

**Irrigation.**

Branches postérieures des artères intercostales.
Artère scapulaire postérieure.

**Innervation.**

*Branche externe du nerf spinal.*

Se divisant en branches ascendantes qui vont dans la portion cervicale, — et branches descendantes qui vont dans la région dorsale.

*Rameaux naissant de la branche antérieure des troisième et quatrième paires cervicales.*

Pénétrant dans le trapèze par son bord supérieur et s'anastomosant à son intérieur avec le nerf spinal.

Cette innervation est à comparer complètement avec celle du muscle sterno-mastoïdien.

**Action.**

Chaque portion du trapèze agit isolément.

*Portion claviculaire.*

α) *Point fixe en dedans.*

Elévation de la clavicule et du moignon de l'épaule.

β) *Point fixe en dehors.*

— Inclinaison de la tête du côté excité et un peu en arrière.

— Rotation du côté opposé.

*Portion moyenne.*

*Fibres supérieures.*

Mouvement de l'omoplate autour de son angle supéro-interne ayant pour effet d'élever l'angle externe.

— Puis élévation en masse du moignon de l'épaule.

*Fibres inférieures.*

Rapprochent l'omoplate de la ligne médiane et élèvent peu son angle externe.

*Portion inférieure.*

Abaisse l'angle interne de l'omoplate et le rapproche de la ligne médiane.

*Quand le muscle agit en totalité.*

Elévation de l'angle externe de l'omoplate par rotation autour de son angle interne, puis élévation en totalité de la ceinture scapulaire.

Rapproche l'omoplate de la ligne médiane.

*Par sa tonicité.*

Maintient le moignon de l'épaule à une hauteur normale.

---

# ARTÈRE ILIAQUE INTERNE

**Définition.**

Artère chargée d'irriguer les parois du petit bassin et les organes contenus à l'intérieur de cette cavité.

**Situation.**

En majeure partie dans l'excavation pelvienne sauf la portion tout à fait initiale ; appliquée contre la paroi latérale du petit bassin au-devant de l'articulation sacro-iliaque.

**Origine.**

Bifurcation de l'artère iliaque primitive au-devant de l'interligne articulaire sacro-iliaque.

**Trajet.**

1. En bas et en avant presque verticalement; croise le bord interne du psoas et entre dans le petit bassin.

2. En arrière et en bas les deux portions réunies forment une sorte de courbe convexe en avant.

**Terminaison.**

Mode de terminaison variable.

Se fait soit directement par division en 9 branches terminales chez l'homme et 11 chez la femme.

Soit par division en deux troncs, l'un antérieur, l'autre postérieur, desquels naissent les différentes branches pariétales et viscérales. Cette dernière disposition serait la plus fréquente et est aujourd'hui regardée comme classique.

**Longueur.**

Deux à quatre centimètres.

**Rapports.**

*En dehors.*

— Muscle psoas iliaque.
— Nerf crural.
— Nerf obturateur un peu plus bas.

*En dedans.*

— Péritoine.

*En arrière.*

— Articulation sacro-iliaque.

*En avant et en haut.*

— Artère iliaque externe.
— Ovaire chez la femme, logé dans la fosse ovarienne, limitée en arrière par l'artère iliaque interne, en avant par le ligament large, en haut par l'artère iliaque externe, en bas par le nerf obturateur et le ligament utéro-lombaire.

*Rapports avec la veine iliaque interne.*

Du côté droit, veine chemine en arrière et en dehors de l'artère.

Du côté gauche, veine en arrière et en dedans.

*Rapports avec l'uretère.*

Du côté droit; uretère descend en avant des vaisseaux hypogastriques.

Du côté gauche; uretère croise obliquement le côté interne de l'artère.

Le tronc de l'artère hypogastrique ; chacune de ses branches viscérales, et la partie initiale et intra-pelvienne de ces branches pariétales, sont entourées par du tissu cellulaire condensé, sous-jacent au péritoine et sus-jacent à l'aponévrose périnéale supérieure. Ce tissu conjonctif forme ce que l'on a appelé *gaine hypogastrique.* Cette gaine hypogastrique maintient appliquées contre l'aponévrose périnéale supérieure ou la paroi pelvienne l'artère hypogastrique et ses branches.

Elle accompagne surtout les branches viscérales jusqu'à leur terminaison (utérus, vagin, vessie, rectum) et forme autour de la partie sous-péritonéale de ces organes une

atmosphère celluleuse très dense. Les branches artérielles entourées de leur gaîne hypogastrique, cheminant vers l'organe auquel elles sont destinées, soulèvent le péritoine en passant, formant ainsi des replis, véritables ligaments pour les organes auxquels ces artères aboutissent.

## Branches terminales de l'artère iliaque interne.

Nous savons que les branches collatérales de l'artère iliaque interne naissent rarement de l'artère elle-même, mais que cette artère se divise en deux troncs, l'un postérieur, l'autre antérieur, et que ce sont ces troncs qui donnent naissance aux branches collatérales. Il faut donc tout d'abord étudier rapidement, avant les branches collatérales, le tronc de bifurcation duquel elles naissent.

α) Tronc postérieur.

Plus volumineux que le tronc antérieur.

*Trajet.*

*En bas et en arrière.*

Sort du bassin au niveau de la partie supérieure de la grande échancrure sciatique, au-dessous du tronc nerveux lombo-sacré qu'il contourne (Poirier).

Une fois ce tronc artériel sorti du bassin, il devient branche terminale et artère fessière.

C'est pendant son trajet intra-pelvien qu'il donne ses branches collatérales.

*Branches collatérales du tronc postérieur.*

*Artère ilio-lombaire.*

*Origine.*

Tout près du point de bifurcation des deux troncs terminaux de l'artère iliaque interne.

*Trajet.*

En haut et en arrière; s'engage sous le psoas.

*Distribution.*

— Rameaux du psoas.

— Rameau lombaire donnant des artères lombaires avec branche musculaire et branche spinale.

— Rameau transversal destiné au muscle iliaque et à l'os iliaque.

*Artères sacrées latérales.*

a) *Artère sacrée latérale supérieure.*

Pénètre dans le premier trou sacré, donne un rameau spinal et un rameau musculaire.

b) *Artère sacrée latérale inférieure.*

Descend verticalement en avant du sacrum.

Ces artères continuent en somme la série des artères intercostales et des artères lombaires.

*Branche terminale du tronc postérieur.*

*Artère fessière.*

La plus volumineuse des branches de l'artère iliaque interne.

*Trajet.*

En bas et en arrière, passe entre le nerf lombo-sacré et le premier nerf sacré.

Sort par la partie supérieure de la grande échancrure sciatique au-dessus du pyramidal.

Accompagnée par deux veines volumineuses et richement anastomosées entre elles, — et par le nerf fessier supérieur.

*Rameaux terminaux.*

*Rameau superficiel.*

Chemine entre le grand fessier et le moyen fessier.

*Rameau profond.*

Se divise en deux rameaux, l'un su-

périeur, l'autre inférieur, qui tous les deux cheminent entre le petit et le moyen fessiers.

β) Tronc antérieur.

*Trajet.*

Vertical au-devant du plexus sacré.

Parvient jusqu'au niveau du bord inférieur de la grande échancrure sciatique où il se divise en deux branches terminales.

Fournit chemin faisant de nombreuses collatérales, entre autres toutes les branches viscérales dépendant de l'artère iliaque interne.

*Branches collatérales du tronc antérieur.*

a) *Artère obturatrice.*

Seule branche collatérale pariétale du tronc antérieur.

*Trajet.*

Se dirige en bas et en avant, cheminant parallèlement au détroit supérieur du bassin et à deux centimètres au-dessous de lui, appliquée contre la paroi pelvienne latérale, pénètre dans le canal sous-pubien.

*Distribution.*

*Par ses rameaux collatéraux.*

— Muscle psoas.
— Muscle releveur de l'anus.
— Muscle ischio-conygien.

Anastomose avec l'artère épigastrique.

*Par ses rameaux terminaux.*

Os, périoste, au pourtour du trou sous-pubien.

Muscles obturateur externe, petit adducteur, grand adducteur, carré crural.

Toutes les autres branches collatérales du tronc antérieur sont des artères viscérales qui peuvent se diviser en trois groupes :

Antérieur ou vésical ;
Moyen ou génital ;
Postérieur ou rectal.

A. *Groupe antérieur ou vésical.*

b) *Artère ombilicale.*

Existe complète et perméable dans sa totalité seulement chez le factus.

*Trajet.*

Entre la paroi pelvienne latérale et la paroi latérale de la vessie, gagne l'anneau ombilical, et par le cordon ombilical gagne le placenta où elle va porter le sang désoxygéné qui y subira l'hématose pour revenir ensuite par les veines ombilicales.

Cette artère cesse de fonctionner pour ce but dès la naissance elle s'atrophie en partie et est remplacée par un cordon fibreux. Elle reste seulement perméable dans la partie initiale où elle donne naissance aux :

*Artères vésicales supérieures.*

Nombre 2. Abordant la veine par sa partie supérieure de ses faces latérales.

c) *Artère vésicale inférieure.*

Donne des rameaux au bas-fond de la veine et à la prostate.

B. *Groupe génital ou moyen.*

*Chez l'homme.*

d) *Artère vésiculo-déférentielle.*

Se porte en bas et en avant.

Se distribue à la vésicule séminale et par son rameau déférentiel au canal

déférent jusqu'au voisinage de l'épididyme.

e) *Artère prostatique.*

Naît souvent par un tronc commun avec une des précédentes ou avec l'artère hémorroïdale moyenne.

Aborde la prostate par ses parties latérales.

*Chez la femme.*

*Artère utérine.*

Très volumineuse.

*Trajet.*

— En bas, en avant et en dedans, appliquée pendant 6 à 7 centimètres à la paroi pelvienne.

— Puis transversalement en dedans, dans le bord inférieur du ligament large.

— Croise l'urétère et lui devient postérieur.

— Atteint le voisinage du col utérin et remonte le long du bord latéral de l'urétère jusqu'au-dessous de l'ovaire où elle se termine en s'anastomosant avec l'artère utéro-ovarienne (Weber, Hyrtl, Brœckaert, Souligoux, Poirier).

*Rameaux collatéraux.*

— Urétère.
— Vessie.
— Vagin.
— Utérus (col et corps).
— Trompe, artère tubaire interne.
— Ovaire.

*Artère vaginale.*

*Origine.*

Se fait souvent par un tronc com-

mun avec l'extérieur, la vésicale inférieure, l'hémorroïdale moyenne.

*Trajet.*

En bas et en avant.

*Terminaison.*

Bifurcation en une branche antérieure et une branche postérieure destinées aux deux-tiers inférieurs des faces antérieure et postérieure du vagin.

C. *Groupe postérieur ou rectal.*

f) *Artère hémorroïdale moyenne.*

*Trajet.*

En bas et en dedans.

*Distribution.*

Aux parties latérales de l'ampoule rectale.

Anastomose avec les artères hémorroïdales supérieure et inférieure.

*Branches terminales du tronc antérieur.*

*Nombre.*

Deux.

*Origine.*

Au niveau de la partie inférieure de la grande échancrure sciatique.

A. *Artère ischiatique.*

*Trajet.*

1. Très court dans la cavité pelvienne.

2. Artère sort par la partie tout à fait inférieure de la grande échancrure sciatique entre le bord inférieur du pyramidal et le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique, en dedans de l'artère honteuse interne.

3. Artère s'incline en dehors en suivant la

gouttière ischio-trochantérienne, passe en dehors de l'artère honteuse interne.

*Rameaux collatéraux.*

— Muscle grand fessier.
— Muscle carré crural.
— Muscle grand adducteur.

*Rameau terminal.*

Anastomose avec les artères circonflexes et perforantes, branches de l'artère fémorale profonde.

B. *Artère honteuse interne.*

a) *Chez l'homme.*

*Trajet.*

1. Sort du bassin par la partie inférieure de la grande échancrure sciatique entre le bord inférieur du pyramidal et le bord supérieur de l'épine sciatique et du petit ligament sacro-sciatique.

2. Contourne l'épine sciatique sur sa face externe.

3. Rentre dans le bassin par la petite échancrure sciatique.

4. Suit la paroi pelvienne.

5. Passe entre les deux feuillets de l'aponévrose moyenne.

6. Après le bord inférieur du pubis devient artère dorsale de la verge.

*Rameaux collatéraux.*

— Artères hémorroïdales inférieures au nombre de 2 à 3.
— Artère périnéale superficielle.
— Artère bulbaire.
— Artère uréthrale.
— Artère vésicale antérieure.
— Artère caverneuse,

*Rameau terminal.*

— Artère dorsale profonde de la verge allant irriguer le gland.

b) *Chez la femme.*

Même disposition, mais branches moins volumineuses.

Irrigue les grandes lèvres, les petites lèvres, le vestibule du vagin, la bulbe du vagin.

Se termine par une artère dorsale du clitoris.

*N.-B.* — Cette question peut être également posée « Branches de l'artère iliaque interne. »

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE

On dit qu'il y a insuffisance aortique lorsque, au moment de la diastole cardiaque, le sang reflue de l'aorte dans le ventricule gauche à travers les valvules sigmoïdes aortiques qui ne remplissent plus leur rôle normal de fermeture (par végétations, plaques d'athérome, rupture, ulcérations de ces valvules).

A côté de l'insuffisance aortique cardiaque, maladie de Corrigan, on décrit aujourd'hui une autre variété, plutôt maladie artérielle, maladie de l'aorte que de l'orifice aortique, maladie de Hodgson, qui représente une manifestation de l'artério-sclérose.

Alors que la maladie de Corrigan se rencontre à tout âge et est le plus souvent le résultat d'une endocardite infectieuse, la maladie de Hodgson est une maladie des gens âgés, des artério-scléreux, caractérisée principalement par une dilatation considérable de la partie initiale de l'aorte, d'où disjonction des valvules sigmoïdes, et par le dépôt de plaques calcaires sur l'aorte et les sigmoïdes.

Dans la description clinique, il ne faudra insister que sur l'insuffisance aortique vraie ; par lésion orificielle.

## Symptômes.

*A.* Symptômes fonctionnels.

1. *De début.*

*a*) Parfois brusque si rupture valvulaire succédant à un effort violent, caractérisée par une douleur déchirante, soudaine, localisée à la région précordiale et accompagnée de battements tumultueux; syncope.

*b*) Parfois aussi, rapide, par perforation au cours d'une endocardite infectieuse.

*c*) En général lent, annoncé par la tendance au vertige et à la syncope ; par de la dyspepsie.

2. *D'état.*

Céphalées ; bouffées congestives ; vertiges, étourdissements.

Troubles dyspeptiques et nerveux : crises de palpitations après les repas ou la nuit.

Dyspnée d'effort.

Perte du sommeil par les palpitations et surtout les battements artériels.

Tous ces phénomènes s'amendent facilement. Le repos, le lait font merveille.

Ce qui caractérise du reste les lésions aortiques, c'est qu'elles sont compatibles longtemps avec une vie même active.

3. *Insister enfin sur le facies aortique.*

Pâleur (blanc mat), yeux vifs et brillants ; expression intelligente, mais caractère grincheux et irritable. A opposer au facies mitral, violacé avec varicosités sur les pommettes. Malade apathique ; ne pouvant s'étendre, restant à demi-assis au lit, alors que l'aortique préfère la position couchée.

*B.* Signes physiques.

1. *Examen du cœur.*

a) *Inspection.*

Voussure précordiale par suite de l'hypertrophie quelquefois énorme du ventricule gauche.

b) *Palpation.*

Forte impulsion au moment de la systole, dénotant encore l'hypertrophie.

c) *Percussion.*

Complète les renseignements précités sur l'hypertrophie.

d) *Auscultation.*

Souffle diastolique (au deuxième temps) et à la base.

Ce souffle présente son maximum au foyer d'auscultation de l'orifice aortique (origine du deuxième espace intercostal droit et partie contiguë du sternum).

Il se propage le long du bord droit du sternum.

Ce souffle est doux, moëlleux, aspiratif, fréquemment en jet de vapeur, parfois accompagné d'un piaulement.

Il remplace le claquement normal des sigmoïdes.

2. *Examen de la circulation périphérique.*

a) *Caractères du pouls radial.*

C'est le pouls de Corrigan, pouls ample, bondissant, dépressible et régulier.

Au sphygmographe il donne une ligne d'ascension verticale, brusque, avec descente très rapide et petit crochet aigu.

b) *Battements artériels* (*Danse des artères*).

Sont surtout évidents aux carotides et aux sous-clavières.

Exagérés parfois, ils incommodent les malades, les empêchent de dormir (forme pulsatile).

c) *Phénomène du pouls capillaire.*

Facile à déceler aux ongles. Existant aussi au front ; et pouvant être vu sur les artérioles de la rétine à l'examen ophthalmoscopique.

d) *Signes de Frédéric Müller.*

De même ordre que les précédents, et d'une importance fort secondaire et consistant en des battements amygdaliens et des oscillations de la luette par transmission des battements

carotidiens, enfin en un pouls capillaire de la luette.

e) *Double souffle intermittent crural de Durozier.*

S'obtient en exerçant une pression déterminée sur l'artère fémorale au pli de l'aine, à l'aide d'un stéthoscope.

**Marche.**

Compatible, avons-nous dit, avec une existence active, surtout s'il y a un léger degré de rétrécissement aortique concomitant.

L'asystolie ne surviendra que tardivement, à l'encontre de ce qui se passe dans l'insuffisance mitrale ; mais elle sera grave.

Dès que le myocarde fléchit, le pronostic est grave.

La mort surviendra le plus souvent par syncope ou embolie (fréquence en effet de la mort subite chez les aortiques), parfois par asystolie banale provoquée en général par une affection intercurrente pulmonaire ordinairement.

Maladie de Hodgson (insuffisance artérielle).

Indiquer ici en quelques mots les principaux caractères.

Survenant chez vieux artério-scléreux débutant par dyspnée d'effort et la nuit, ou phénomènes d'angine de poitrine.

A l'examen à côté des signes d'artério-sclérose on trouve :

Aorte dilatée (percussion et palpation) dépassant le bord droit du sternum.

Souffle au premier temps et à la base étalé sous le sternum ; avec claquement métallique des sigmoïdes artérielles.

Comme le plus souvent il y a insuffisance de ces dernières, le claquement manque et on se trouve avoir un double souffle.

Pouls dur, serré, en corde.

Signes fonctionnels intenses : crises d'angine de poitrine ; insuffisance rénale. Mort subite.

**Diagnostic.**

1. *Du souffle.*

D'avec les souffles fébriles.

D'avec les souffles extra-cardiaques, diastoliques (anémiques, saturnins, etc.).

D'avec un souffle au deuxième temps donné par l'anévrysme de l'aorte.

2. Constater l'état du myocarde (pronostic).

3. Chercher s'il n'y a pas d'autres lésions orificielles concomitantes (insuffisance mitrale fréquente).

---

# SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA GRIPPE

Maladie essentiellement protéiforme, épidémique, caractérisée avant tout par son extrême généralisation et sa rapide extension à la surface du globe (influenza), donnant lieu à un ensemble complexe de symptômes qui indiquent la participation des principaux appareils, en particulier des voies aériennes et du système nerveux.

De courte durée et en général de peu de gravité, elle peut cependant être accompagnée d'accidents sérieux et son pronostic doit être toujours réservé chez les vieillards, les débilités et les gens porteurs d'une affection chronique du poumon ou du cœur.

## Description clinique.

Indiquer la forme la plus commune.

Début.

Frissons répétés. Fièvre (39°-40°).
Malaise général, vertige, courbature.
Etat de prostration.
Dure 1 à 2 jours.

Etat.

a) *Phénomènes douloureux.*

Vont persister encore 2 à 3 jours, puis s'atténueront.

Céphalalgie frontale continue.
Douleurs orbitaires.
Douleurs thoraciques mobiles.
Lumbago ; torticolis.

Sensation de brisement général et d'anéantissement, indiquant l'infection profonde de l'organisme.

b) *Troubles de l'appareil respiratoire.*

Coryza avec larmoiement.

Laryngite.

Signes de bronchite légère avec expectoration purulente précoce.

Dans les cas plus graves, inflammation des petites bronches et du parenchyme pulmonaire (Bronchite capillaire ; congestion pulmonaire).

c) *Troubles de l'appareil digestif.*

Angine.

Langue opaline à la surface, rouge sur les bords, (langue grippale de Faisans).

Nausées, parfois vomissements.

Constipation en général.

d) *Troubles du système nerveux.*

Exagération des phénomènes douloureux ; vertiges ; éblouissements.

e) *Altération profonde de l'état général.*

Va en s'accentuant.

Visage amaigri ; teint plombé ; traits tirés.

Anémie profonde.

Dépression physique et morale.

f) *Et accessoirement.*

Troubles cardiaques (par désordres de l'innervation), syncopes, arythmie, palpitations.

Urines rares, troubles, chargées d'urates, contenant des peptones et souvent des traces d'albumine.

La durée de cette période est variable et oscille entre 8 et 15 jours.

La température est restée au début 2 à 3 jours entre 39°, 40°, parfois 41° ; elle tombe rapidement, puis remonte à 38° pendant 3 à 4 jours.

Convalescence longue par persistance de l'état de dépression.

**Formes.**

D'après la localisation prédominante des phénomènes inflammatoires.

1. *Forme thoracique.*

La plus fréquente. Cliniquement c'est une forte bronchite aiguë avec intensité de la céphalalgie et l'exagération de la courbature.

2. *Forme nerveuse.*

Plus sérieuse et plus longue, vertiges, syncopes répétées, convalescence interminable.

Parfois délire.

3. *Forme gastro-intestinale.*

Tantôt état nauséeux persistant, vomissements incoercibles ; tantôt diarrhée profuse et véritable, état cholériforme.

4. *Formes frustes.*

Fréquentes, doivent être opposées aux formes précédentes graves.

**Complications.**

1. Portant sur les voies aériennes.

Fréquentes chez les vieillards et les débilités.

*Bronchite capillaire.*

*Pneumonie grippale.*

Souvent bilatérale, se terminant souvent par suppuration et gangrène.

*Pleurésie purulente.*

2. Sur l'appareil circulatoire.

*Endocardite (rare).*

*Thromboses veineuses ou artérielles.*

3. Sur le système nerveux.

*Accidents pseudo-méningitiques.*

*Névralgies.*

*Manie.*

4. Et plus rarement, otites, stomatites, néphrites aiguës.

## Diagnostic.

En dehors des grandes épidémies, il est assez difficile à faire. Souvent ce sera après expectative et par exclusion qu'on pourra l'affirmer.

Il faudra la distinguer de la fièvre saisonnière dont les symptômes sont moins exagérés et qui présente surtout peu de phénomènes généraux et peu de troubles nerveux.

Par persistance des lésions pulmonaires on pourrait la confondre avec de la tuberculose pulmonaire ; la recherche répétée du bacille de Koch dans les crachats tranchera seule le diagnostic,

Il faut savoir enfin que par ses allures elle peut simuler :

*Pneumonie.*
*Méningite.*
*Fièvre typhoïde.*
*Fièvre palustre.*

La constatation de la langue grippale de Faisans n'a pas grande valeur ; et quant à la recherche du bacille de Pfeiffer (agent pathogène de la grippe), elle constitue un procédé de laboratoire et non de clinique, et d'autre part est fort difficile.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.*— Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale.— II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur.— II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 29**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Rapports du cœur.** |
| II. | — . . . | **Trachée.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Etiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance mitrale.** |
| II. | — . . . | **Signes de la tuberculose pulmonaire à la 1re période.** |
| III. | — . . . | **Lavements.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 32*

---

*Fascicule I.* — Anatomie : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** Pathologie : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— Anatomie : **I. Diaphragme. — II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** Pathologie : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— Anatomie : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — Anatomie : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— Anatomie : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** Pathologie : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — Anatomie : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.— III. Articulation du genou.** Pathologie : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — Anatomie : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** Pathologie : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — Anatomie : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# RAPPORTS DU CŒUR

**Définition.**

Le cœur est un muscle creux chargé par ses contractions de lancer vers la périphérie du corps le sang oxygéné qui lui vient du poumon, et de lancer vers les poumons le sang désoxygéné qui lui revient de la circulation générale. Pour répondre à cette double fonction le cœur est un organe double. Il existe en effet ce qu'on est convenu d'appeler un cœur droit et un cœur gauche. Leur séparation est facilement visible à l'examen extérieur du cœur.

**Situation.**

A la partie médiane de la cavité thoracique dépassant plus fortement à gauche qu'à droite le plan médian du corps. L'oreillette droite seule est située dans la moitié droite du thorax.

En arrière du sternum et de la paroi thoracique antérieure.

En avant des bronches et du médiastin postérieur.

Entre les deux poumons.

Immédiatement au-dessus du diaphragme.

Il constitue, en étant entouré du péricarde, le médiastin antérieur.

**Moyens de fixité.**

— Péricarde qui par son feuillet fibreux adhère en bas au centre phrénique.

— Se continue en haut par l'intermédiaire de la portion qui revêt l'origine des gros vaisseaux, avec l'aponévrose cervicale moyenne.

— Est maintenu lui même en place par les différents ligaments sterno-péricardiques, phréno-péricardiques, vertébro-péricardiques,

— Continuité par sa base avec les gros vaisseaux.

— Point d'appui solide sur le diaphragme,

**Rapports.**

*Immédiats.*

*Péricarde.*

*Feuillet séreux.*

*Feuillet pariétal.*

Tapisse la face profonde du sac fibreux.

*Feuillet viscéral.*

Tapisse la surface externe du cœur en s'appliquant intimement à elle.

Parti de la face antérieure de l'aorte il descend jusqu'à la face antérieure du cœur, tapisse les ventricules, la pointe puis remonte tapissant de même la face postérieure, et arrive ainsi jusqu'aux oreillettes qu'il revêt également en arrière, après les avoir tapissées il se réfléchit dans le feuillet pariétal.

Un diverticule de la séreuse péricardique est situé entre la face postérieure des gros vaisseaux et la face antérieure des oreillettes.

C'est le canal de Theile ou sinus transverse (Henle).

*Feuillet fibreux.*

Plus éloigné de la surface du cœur.

Ayant la forme d'un tronc de cône à base inférieure et à sommet supérieur.

Entoure complètement le cœur qui est contenu dans sa cavité, se continue en haut en adhérant à la partie initiale des gros vaisseaux avec l'aponévrose cervicale moyenne, adhère par sa base à la partie antérieure de la foliole médiane du centre phrénique.

*Médiats.*

*Face antérieure.*

Au-delà du sac fibreux du péricarde.

— Tissu cellulaire.

— Restes du thymus chez l'adulte et cet organe lui-même chez l'enfant,

— Cul de sac pleuraux antérieurs.

Cul de sac droit parti de l'articulation sterno-claviculaire droite descend en bas et vers la ligne médiane, la dépasse d'un centimètre environ, — descend verticalement jusqu'au niveau du sixième cartilage costal, rejoint à ce niveau la ligne médiane puis se dirigeant en bas et à droite derrière les cartilages costaux des septième et huitième côtes, rejoint le cul de sac inférieur.

Cul de sac gauche a le même point de départ en haut, — se met en contact auprès de la ligne médio-sternale avec le cul de sac droit déjà décrit et est souvent recouvert par lui au niveau du quatrième cartilage costal se dirige à gauche et en bas, arrive à deux centimètres en dehors du bord du sternum, revient un peu vers la ligne médiane sans l'atteindre, et enfin se dirige définitivement en bas et à gauche vers le cul de sac inférieur.

Par sa disposition au niveau du quatrième cartilage costal la plèvre gauche laisse le péricarde en contact direct avec la paroi sterno-costale sur une large surface. C'est là, au niveau du quatrième espace intercostal qu'il faudra de préférence enfoncer le trocart pour pratiquer la paracentèse du péricarde.

— Bords antérieurs des poumons, suivant un trajet identique à celui des culs de sac pleuraux.

Le poumon gauche forme de même au ni-

veau du quatrième espace intercostal une encoche, mais beaucoup plus grande que celle formée par la plèvre et laissant ainsi, lui aussi, le péricarde s'approcher du plastron sterno-costal, une petite languette pulmonaire seule au niveau du cinquième espace intercostal s'insinue entre le cœur et la paroi, c'est la languette de Luschka.

— Muscle triangulaire du sternum.

— Vaisseaux mammaires internes descendant à 10 ou 15 millimètres environ en dehors des bords latéraux du sternum.

— *Plastron sterno-costal.*

La face antérieure du cœur se projette sur ce plastron sterno-costal sous la forme d'un quadrilatère irrégulier.

Uu bord supérieur coupant obliquement en bas et à droite la première pièce du sternum et dépassant de chaque côté de 1 centimètre des bords de cette pièce.

Un bord droit paralléle au bord droit du sternum.

Uu bord inférieur presque horizontal étendu du bord inférieur de l'extrémité sternale du cinquième cartilage costal droit — jusqu'au bord inférieur de la cinquième côte gauche à 8 centimètres du sternum.

Un bord gauche rejoignant les extrémités gauches des bords supérieur et inférieur.

*L'orifice auriculo-vencriculaire droit.*

Se projette sur une ligne oblique allant de l'extrémité interne du cinquième cartilage costal droit — au bord interne du premier cartilage costal gauche.

*Orifice auriculo-ventriculaire gauche.*

Au voisinage de l'extrémité interne du troisième cartilage costal droit.

*Orifice aortique.*

Sur le bord gauche du sternum à l'extrémité interne du second espace intercostal gauche.

*Orifice pulmonaire.*

Un peu en dehors du bord gauche du sternum dans le deuxième espace intercostal gauche.

C'est en ces points qu'il faudra ausculter les différents bruits pathologiques propres à ces différents orifices.

*Face postéro-inférieure.*

— Foliole antérieure du centre phrénique.
— Lobe gauche du foie.
— Au-dessous du diaphragme.
— Déprimé légèrement par la pression du cœur.

*Bord gauche.*

— Face interne du poumon gauche, déprimée par la présence de ce bord et recouvert par la plèvre médiastine gauche.
— Nerf phrénique.
— Vaisseaux diaphragmatiques supérieurs gauches, passant entre le sac fibreux du péricarde et la plèvre médiastine gauche.

*Bord droit.*

Horizontal, logé dans le sinus existant entre le diaphragme et le plastron sterno-costal.

*Base.*

Répond par l'oreillette gauche à :

Organes du médiastin postérieur :

— Œsophage et les deux pneumogastriques.
— Ganglions inférieurs du groupe intertrachéo-bronchique.
— Aorte.
— Grande veine azygos.

— Corps des sixième, septième, huitième vertèbres dorsales.

Répond par l'oreillette droite à :

— Face interne du poumon droit.
— Plèvre médiastine droite.
— Nerf phrénique droit.
— Vaisseaux diaphragmatiques supérieurs droits.

*Pointe.*

Cinquième espace intercostal gauche à 8 centimètres du bord droit du sternum « au niveau d'une ligne verticale passant par l'extrémité externe du cinquième cartilage costal » (Poirier).

C'est là où sont visibles et où peuvent être sentis au toucher les battements cardiaques.

---

# TRACHÉE

**Définition.**

La trachée est un conduit fibro-cartilagineux étendu depuis le larynx jusqu'à la partie médiane du thorax où elle se bifurque pour former les deux bronches. Elle est destinée à conduire l'air venu du dehors et ayant traversé le larynx jusqu'aux bronches qui le conduisent elles-mêmes aux poumons.

**Situation.**

Occupe la partie inférieure du cou et la partie supérieure du thorax.

**Origine.**

Au point où se termine le larynx que la trachée continue : au-devant du corps de la septième vertèbre cervicale chez l'adulte ; au-devant du corps de la cinquième vertèbre cervicale chez l'enfant.

**Trajet.**

A peu près vertical en bas, cependant légèrement oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de gauche à droite.

**Terminaison.**

Au-devant du corps de la troisième vertèbre dorsale (Hyrtl, Testut), au-delà de la quatrième vertèbre dorsale (Sappey). A peu près à la même hauteur chez le nouveau-né.

Au niveau d'un plan vertical passant par les cartilages costaux des deuxièmes côtes.

Se fait par bifurcation en une bronche droite se rendant au poumon droit et une bronche gauche se rendant au poumon gauche.

## Forme.

Cylindre aplati dans son quart postérieur dans toute sa hauteur.

Outre cet aplatissement du segment postérieur de sa surface, ce cylindre n'est pas absolument régulier. En haut il est allongé dans le sens antéro-postérieur, et en bas il est élargi dans le sens transversal.

Elle est de plus déprimée latéralement au niveau du croisement par la crosse de l'aorte : dépression aortique.

— Et au niveau du corps thyroïde : dépression thyroïdienne produite par la pression du lobe gauche du corps thyroïde.

## Dimensions.

### *Longueur.*

En moyenne chez l'homme : 12 centimètres.
En moyenne chez la femme : 10 centimètres.

La trachée s'allonge dans le mouvement d'extension de la tête et se raccourcit dans les mouvements de flexion.

— Elle s'allonge dans les sons aigus pendant lesquels le larynx s'élève et elle se raccourcit dans les sons graves pendant lesquels le larynx s'abaisse.

La portion cervicale a une longueur chez l'homme adulte de $6^{cm},5$ et à peu près égale chez la femme.

### *Calibre.*

Plus large à la partie inférieure qu'à la partie supérieure.

Varie entre 13 et 20 millimètres.

**Rapports.**

*Portion cervicale.*

Etendue entre l'extrémité supérieure de la trachée et la fourchette sternale.

*En avant.*

— Isthme du corps thyroïde recouvrant les second, troisième, quatrième, cinquième anneaux de la trachée.

— Veines thyroïdiennes inférieures, plongées dans du tissu cellulaire lâche.

— Ganglions lymphatiques.

— Vestiges du thymus.

— Partie moyenne de l'aponévrose cervicale moyenne.

— Muscles sterno-thyroïdien, sterno-hyoïdien.

— Espace sus-sternal rempli de tissu cellulaire lâche.

— Aponévrose cervicale superficielle.

— Couche cellulo-graisseuse sous-cutanée.

— Peau.

*Sur les côtés.*

— Lobe latéraux du corps thyroïde, adhérants à la trachée par leur feuillet aponévrotique constituant le ligament médian de Sebileau et G. Marchant.

— Paquet vasculo-nerveux du cou situé en arrière des lobes latéraux du corps thyroïde.

— Artère carotide primitive.

— Veine jugulaire interne.

— Nerf pneumogastrique.

— Artère thyroïdienne inférieure, venue de l'artère sous-clavière et passant transversalement en arrière de l'artère carotide primitive pour monter ensuite verticalement sur les côtés de la trachée.

— Quelques ganglions lymphatiques.

— Muscles sterno-thyroïdien, sterno-hyoïdien.

— Muscle sterno-cléido-mastoïdien engaîné dans l'aponévrose cervicale superficielle.
— Veine jugulaire externe.
— Peau.

*En arrière.*

*Œsophage.*

Séparé de la trachée par du tissu cellulaire lâche où cheminent quelques faisceaux musculaires, muscle trachéo-œsophagien, moyen de fixité de l'œsophage.

L'œsophage déborde le côté de la trachée à gauche.

*Nerfs récurrents.*

Nerf récurrent gauche cheminant entre la trachée et l'œsophage dans l'espace angulaire qu'ils délimitent par leur voisinage.

Nerf récurrent droit venant sur le côté droit de l'œsophage.

*Portion thoracique.*

S'étend depuis la fourchette du sternum jusqu'à la bifurcation de la trachée.

*En avant.*

— Tronc veineux brachio-céphalique gauche.
— Muscles sterno-thyroïdiens.
— Sternum.

*Plus bas.*

— Tronc artériel brachio-céphalique dirigé obliquement en haut et à droite.
— Artère carotide primitive gauche dirigée en haut et à gauche.
— Crosse de l'aorte qui s'applique sur la partie latérale gauche de la trachée.

*Latéralement.*

— Plèvres médiastines droite et gauche.
— Nerfs récurrents.

— A droite : veine cave supérieure ; grande veine azygos qui forme une crosse au-dessus de la branche droite pour aller se jeter dans la veine cave supérieure.

*En arrière.*

Œsophage.

*Au niveau de sa bifurcation.*

*Au-dessous.*

— Oreillette gauche du cœur.
— Ganglions lymphatiques.
— Filets nerveux constituant le plexus pulmonaire.

**Constitution.**

*Anneaux cartilagineux.*

Représentant les trois-quarts d'un cercle. On sait que le quart postérieur de la trachée, aplati, est entièrement fibro-musculaire sans cartilage.

*Nombre.*

12 à 16 (Sappey).

Etagés régulièrement les uns au-dessus des autres.

*Hauteur.*

De chacun ; 5 à 6 millimètres.

*Face externe.*

Convexe transversalement.
Plane de haut en bas.

*Face interne.*

Concave dans le sens transversal.
Convexe légèrement de haut en bas.

*Le premier anneau.*

Le plus voisin du larynx a une hauteur plus grande que les autres. Il s'articule sur les côtés ou quelquefois se soude au bord inférieur du cartilage cricoïde.

*Le dernier anneau.*

Prend part à la constitution de l'éperon séparant les deux branches à leur origine et situé dans l'angle obtus formé en bas par leur écartement. Il se coude au niveau de sa partie moyenne en formant un angle obtus ouvert en haut.

Ces anneaux cartilagineux forment en quelque sorte le squelette de la trachée, ils s'étagent les uns au-dessous des autres jusqu'à l'extrémité inférieure de la trachée.

Ils sont unis les uns aux autres et engaînés par une membrane fibreuse.

Leurs extrémités postérieures sont reliées par des fibres musculaires.

*Membrane fibreuse.*

Relie les uns aux autres les anneaux cartilagineux et les engaîne les uns après les autres.

En arrière cette membrane existe sans interruption aucune, et est plus superficielle que la couche musculaire.

*Fibres musculaires lisses.*

Forme une couche contenue dans le quart postérieur aplati de la trachée.

Ces fibres ont une direction transversale.

Il existe aussi des faisceaux longitudinaux situés entre la couche transversale et la muqueuse.

*Muqueuse.*

Formant la couche la plus interne de la trachée.

*Chorion.*

Formé des fibres conjonctives et élastiques et entre les mailles existent des leucocytes nombreux.

*Epithélium.*

Cylindrique, à cils vibratiles.

*Glandes.*

Tubuleuses, ramifiées.

**Vaisseaux.**

*Artères.*

— Artère thyroïdienne inférieure.
— Artère mammaire interne.
— Artères bronchiques.

*Veines.*

Aboutissent aux veines parallèles aux artères précédentes et aussi aux veines œsophagiennes.

*Lymphatiques.*

Vont à des ganglions échelonnés le long de l'œsophage.

*Nerfs.*

Viennent des pneumogastriques par les récurrents et les plexus pulmonaires, et du grand sympathique par le même plexus pulmonaire.

**Physiologie.**

Agit simplement comme tube rigide, conduit l'air inspiré depuis la cavité du larynx jusqu'aux branches qui elles-mêmes les conduisent aux poumons; puis ramène vers l'extérieur l'air chassé des poumons et désoxygéné.

---

# ETIOLOGIE
# SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC
# DE
# L'INSUFFISANCE MITRALE

Il y a insuffisance mitrale toutes les fois que le sang au moment de la systole cardiaque reflue du ventricule gauche dans l'oreillette correspondante par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche incomplètement fermé.

Cette insuffisance est donc créée par des altérations diverses de la valvule mitrale, le plus souvent par des adhérences et par le raccourcissement et la sclérose des cordages tendineux, parfois par l'ulcération, la perforation des valves, ou la présence de végétations ; il y a fréquemment en même temps rétrécissement de l'orifice mitral.

**Etiologie.**

Rarement congénitale.

Presque exclusivement acquise.

*Causes prédisposantes.*

Surtout l'hérédité et l'arthritisme. Le surmenage.

*Causes déterminantes.*

Dans la majorité des cas, le rhumatisme articulaire aigu (endocardite rhumatismale, Lois de Bouillaud).

L'endocardite qui lui donne naissance peut également être sous la dépendance d'autres maladies infectieuses (érysipèle ; typhoïde, etc.), ou de maladies dyscrasiques et toxiques (néphrite ; saturnisme). Enfin, comme cause assez fréquente signaler la chorée de Sydenham.

**Etude clinique.**

Pendant longtemps seulement les troubles fonctionnels.

Signes fonctionnels.

Les premiers en date sont l'essoufflement, les troubles digestifs, l'œdème malléolaire léger.

Essoufflement, dyspnée d'effort, dyspnée nocturne parfois.

Le malade s'aperçoit que depuis un certain temps il s'essouffle fort en montant les escaliers, ou en courant.

Troubles digestifs. Pesanteur après les repas et tendance au sommeil.

Augmentation de la dyspnée ; palpitations.

Sensation de barre à la région épigastrique.

Œdème des membres inférieurs, léger, localisé d'abord aux malléoles et ne survenant que le soir.

Puis signes de congestion pulmonaire, œdème permanent des membres inférieurs et apparition des premiers phénomènes asystoliques.

Signes physiques.

*a*) Examen du cœur.

*Inspection.*

En général la pointe est déviée en bas et en dehors du mamelon. Cette déviation augmente avec le degré d'hypertrophie. S'il est considérable on a de la voussure de la région précordiale, voussure surtout nette chez l'enfant et l'adolescent.

*Palpation.*

Choc plus vigoureux et moins localisé.

Frémissement cataire systolique, pouvant manquer, ou continue le frémissement présystolique du rétrécissement mitral.

*Percussion.*

Indique l'hypertrophie cardiaque.

*Auscultation.*

Souffle systolique, fort, vibrant, sans

renforcement, présentant son maximum à la pointe et se propageant nettement dans l'aisselle, s'étendant souvent même dans le dos.

En général doux, en jet de vapeur, parfois rude, râpeux, accompagné d'un piaulement.

L'arythmie en outre est la règle (faux-pas du cœur).

*b*) Examen du pouls.

Petit, intermittent, irrégulier, parfois imperceptible.

Au sphygmographe on a un tracé onduleux, irrégulier qui tendra à baisser de plus en plus et à se rapprocher de la ligne droite.

Au sphygmomanomètre on constate un abaissement notable de la tension artérielle.

*c*) Examen des autres organes.

Poumons congestionnés, avec râles d'œdème aux deux bases.

Gros foie, douloureux ; poussées de subictère.

Traces d'albumine, quelquefois plus, dans les urines.

Œdème des membres inférieurs.

Signaler enfin l'allure générale du malade, *le facies mitral* : teint cyanosé, lèvres et oreilles bleuies, pommettes couvertes de varicosités, alors que le reste de la face, bouffi, est d'une teinte blafarde, jaune cire. Teinte subictérique des conjonctives. Jugulaires saillantes.

Ce facies mitral, en même temps que l'allure apathique somnolente du malade est à opposer aux facies aortique, très pâle, teint mat, yeux brillants ; caractère grincheux et agité.

Enfin, alors que l'aortique pourra s'étendre et dormir, le mitral sera obligé de rester assis,

soulevé par plusieurs oreillers, et restera anhélent sans sommeil.

**Marche.**

La période de compensation est de courte durée. Le cœur devient de plus en plus tulmultueux et irrégulier. La dyspnée, l'oppression, les œdèmes, la congestion pulmonaire augmentent.

On arrive donc rapidement à la période asystolique. Mais un traitement approprié (régime lacté, purgatifs et diurétiques ; plus tard saignée et digitale) remettra vite le malade sur pied.

Peu à peu les crises d'asystolie deviendront subintrantes, l'anasarque surviendra, et, après une longue et pénible agonie, le malade succombera à l'asphyxie.

MALADIE MITRALE.

Nous avons envisagé ici le cas de l'insuffisance mitrale pure. Il convient maintenant de dire un mot de son association avec le rétrécissement mitral ; de la maladie mitrale.

Mêmes signes fonctionnels, quoique marche beaucoup plus lente, surtout dans les cas où le rétrécissement dominera.

Comme signes physiques :

Frémissement cataire de la pointe, présystolique.

Souffle systolique de la pointe, dédoublement du second bruit à la base, ronflement diastolique et souffle présystolique (ce dernier se confondant avec le souffle systolique qui le suit).

**Diagnostic.**

Assez facile ; basé surtout sur les signes fonctionnels et la présence d'un souffle systolique à la pointe se propageant dans l'aisselle.

1. *Le souffle est intra-cardiaque ou inorganique.*

Il faut le différencier de :

*Souffle fébrile.*

(Systolique, ayant son max. à la base, très variable).

*Souffle anémique.*

Max. à la pointe ; mais ne se propage pas. Pouls régulier ; pas de signes fonctionnels, et signes de chlorose ou d'anémie symptomatique.

*Souffles extra-cardiaque.*

*a*) Se passant dans la plèvre (cessant à l'inspiration).

*b*) Dans le poumon.

*c*) Dans le péricarde (souffle maxima à la partie moyenne méso-systolique, augmentant par la pression du stéthoscope).

2. *Le Souffle est intra-cardiaque et organique.*

On ne confondra pas avec le rétrécissement mitral pur (ne se propage pas dans le dos), ni avec le souffle de l'insuffisance tricuspidienne dont le foyer maxima est à l'appendice xiphoïde et qui se propage le long du sternum en remontant.

Enfin on cherchera s'il n'y a pas d'autres lésions cardiaques ; rétrécissement mitral fréquemment, insuffisance aortique parfois.

---

# SIGNES
# DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
# A LA 1re PÉRIODE
# (PHTISIE CHRONIQUE VULGAIRE)

Le début de la tuberculose pulmonaire est le plus souvent insidieux.

Il se traduira en général par :

Toux sèche, persistante (rhume négligé des malades), accompagnée de fièvre vespérale, d'amaigrissement, de sueurs, et d'une expectoration parfois striée de sang.

Ou bien par :

Hémoptysie unique ou répétée survenant sans cause appréciable en pleine santé, ou chez un malade atteint depuis quelque temps d'une bronchite qui ne guérit pas.

D'autres fois, le début sera marqué simplement par :

Etat chloro-anémique, avec essoufflement, palpitations, etc.

Etat dyspeptique.

Ou bien enfin :

Une pleurésie avec épanchement, d'abord cataloguée pleurésie *a frigore*, mais qui guérira lentement, sera accompagnée de fièvre persistante, de toux, etc.

En présence donc d'un de ces modes de début, le médecin devra penser aussitôt à la tuberculose pulmonaire.

**Examen du malade.**

1. *Recherche de ses antécédents héréditaires.*
2. *Recherche de ses antécédents personnels.*

On attribuera une certaine importance aux bronchites répétées, aux laryngites fréquentes.

On recherchera avec soin si le malade n'a pas déjà présenté d'autres localisations tuberculeuses (tuberculose osseuse en particulier ; coxalgie ; adénites cervicales suppurées, etc.).

3. *Habitus extérieur du malade.*

Sans qu'il n'y ait rien d'absolu, le tuberculeux a souvent un aspect spécial. Blond aux yeux bleus, au teint pâle, au corps grêle, cou allongé, thorax rétréci, espaces intercostaux élargis et enfoncés. En même temps peau mince, blanche, transparente, avec réseau veineux bleuâtre développé. Pommettes saillantes.

Etude des signes fonctionnels.

1. *Toux.*

Signe constant. Brève, sèche, composée d'une ou deux saccades ; survenant principalement après le repas, (elle peut déterminer des vomissements c'est la toux dite émétisante), et le matin.

2. *Expectoration.*

Sans caractères macroscopiques à cette période. Crachats rares, formés de salive mousseuse et d'un peu de mucus, avec quelques parcelles purulentes qui renferment du bacille de Koch.

3. *Hémoptysie.*

Symptôme important mais fort inconstant. Tantôt légère, constituée par quelques filets sanguins mêlés aux crachats, tantôt au contraire à flots.

Le sang est expulsé par la toux, il est rouge aéré, et l'auscultation laisse entendre à ce moment des râles sous-crépitants en un point du poumon. Ce sont ses caractères distinctifs, et ils éviteront de confondre l'hémoptysie avec l'hématémèse et certaines épistaxis et stomatorrhagies.

4. *Dyspnée.*

Marquée chez quelques sujets seulement ; dyspnée d'efforts ou dyspnée nocturne surtout.

5. *Douleurs thoraciques.*

C'est le point de côté, qui siège sous la clavicule, ou au niveau de l'omoplate, ou entre les deux omoplates.

Etude des signes généraux.

1. *Fièvre.*

Inconstante et irrégulière à la période initiale. Elévation thermique de 1° le soir. Courbe irrégulière oscillant par ondes dans son ensemble ; devenant plus intense à chaque poussée de granulations.

La langue reste toujours nette et humide et l'appétit est conservé.

2. *Amaigrissement rapide.*

3. *Troubles dyspeptiques.*

4. *Anémie.*

Marquée principalement chez la femme.

Aménorrhée précoce.

Etude des signes physiques.

1. *Inspection.*

Thorax rétréci, amaigri, avec dépression sus et sous-claviculaire.

2. *Palpation.*

Augmentation des vibrations thoraciques. Cette recherche se fera au sommet du poumon principalement, dans la fosse sus-épineuse en arrière, dans la fosse sous-claviculaire en avant. C'est en effet aux sommets que se localise la tuberculose et c'est là que devront être recherchés les signes physiques. Cette localisation est spéciale à la tuberculose et presque pathognomonique.

3. *Percussion.*

Légère submatité au sommet.

Ce n'est en effet qu'à la deuxième période que la matité deviendra nette.

4. *Auscultation.*

On percevra en premier lieu les modifications du murmure vésiculaire.

a) *Rudesse de l'inspiration avec expiration prolongée, soufflante.*

b) *Affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet du poumon.*

c) *Respiration saccadée.*

d) *Exagération de la bronchophonie normale.*

Puis vont apparaître des bruits adventices.

a) *Craquements.*

Bruits inégaux, dissemblables, irréguliers, existant aux deux temps de la respiration, secs ou humides, qu'on considère en général comme une variété du râle sous-crépitant.

b) *Quelques râles crépitants vrais et quelques râles muqueux ou sous-crépitants.*

C'est par l'ensemble de ces signes fonctionnels et généraux, par la présence au sommet des signes physiques précités, que l'on fera le diagnostic de la phtisie commençante.

Dans nombre de cas ce diagnostic est loin d'être aisé. On devra pratiquer la recherche du bacille de Koch dans les crachats (coloration au Ziehl et décoloration à l'acide azotique au tiers).

Parfois le malade ne crache pas encore ; ce sera donc surtout aux modifications du murmure vésiculaire, à l'inspiration rude et saccadée qu'on devra attacher de l'importance. Plus tard ce seront les craquements limités au sommet qui viendront affirmer le diagnostic.

---

# LAVEMENTS

Les lavements ou clystères sont des médicaments liquides ou gazeux destinés à être introduits par l'anus dans le gros intestin (Manquat).

Agent thérapeutique admirable, le lavement agit par sa qualité, sa quantité, sa température, sa force de propulsion et la durée de son séjour dans le rectum. En combinant ces éléments il peut remplir les indications les plus variées ; il peut servir à l'absorption des médicaments et des aliments ; il peut servir à la dérivation ; il peut être employé à l'expulsion des matières fécales ; enfin il est la médication topique par excellence de l'intestin (Lasègue).

ACTION PHYSIOLOGIQUE.

Tout lavement détermine deux effets.

1. *Effets locaux.*

Le liquide agit et sur les matières accumulées dans le rectum qu'il délaye et dont il favorise l'évacuation, et sur les parois intestinales dont il excite la contractilité (surtout si la T° du liquide est éloignée de celle du corps 10° ou 45°).

Il agira également comme topique, suivant sa composition, soit contre des parasites du rectum (oxyures), soit contre des affections de la paroi (hémorrhoïdes, ulcérations), soit contre des affections de voisinage (prostate).

Cette action locale est principalement utilisée dans le traitement de la constipation, et comme moyen mécanique d'obtenir l'antisepsie de la portion terminale du tube digestif.

2. *Effets d'absorption.*

Le gros intestin possède un pouvoir absorbant aussi énergique que celui de l'estomac, mais très variable suivant la substance employée.

C'est ici qu'il convient d'indiquer la division des lavements en :

*a*) Simples.

*b*) Médicamenteux.

*c*) Nutritifs.

Les lavements simples permettent l'absorption par l'organisme d'une certaine quantité d'eau (actuellement nous possédons dans les injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'eau salée un procédé autrement pratique et rapide).

Ils agissent surtout en favorisant la diurèse.

Les lavements médicamenteux sont surtout employés pour éviter de fatiguer l'estomac, ou pour remédier à des phénomènes d'intolérance gastrique. Enfin, dans les affections des voies digestives supérieures et de l'estomac, ils constitueront une voie supplémentaire d'absorption.

C'est principalement dans ce dernier cas qu'on emploiera les lavements nutritifs. Lorsqu'on voudra en outre faire de la suralimentation, on pourra, en plus de l'alimentation normale, utiliser la voie rectale.

DES LAVEMENTS LES PLUS FRÉQUEMMENT UTILISÉS ; LEURS INDICATIONS.

On appelle lavement entier celui de 500 grammes, demi-lavement celui de 250 grammes, quart de lavement celui de 125 grammes.

Le lavement entier sert le plus souvent à vider l'intestin, il est simple ou laxatif.

Les demi-lavements sont ordinairement médicamenteux, émollients ou purgatifs. Les quarts de lavement

servent de véhicule pour les substances destinées à l'absorption ; l'intestin, n'étant pas sollicité par la masse du liquide, en supporte la présence.

*Lavements simples.*

500 grammes en général, froids, ou de préférence chauds, à 45°.

Employés contre la constipation, ou pour évacuer le gros intestin (chirurgiens), ou pour obtenir l'antisepsie rectale. On utilise les grands lavements froids comme diurétiques et cholagogues (urémie, ictère, coliques hépatiques, etc).

*Lavements médicamenteux.*

Innombrables. Citer seulement :

Les lavements purgatifs dont le plus employé est le lavement purgatif du codex (séné 15 grammes, sulfate de magnésie 15, et eau 1000).

Les lavements laudanisés ou chloralés.

Les lavements à la créosote ou à l'acide arsénieux, utilisés dans le traitement de la tuberculose.

Les lavements anthelminthiques à la mousse de corse, au semen-contra, etc.

*Lavements nutritifs.*

On peut employer le vin, le lait, le bouillon ; mais la substance qui donne les meilleurs résultats est incontestablement la peptone. On met en général 20 à 40 grammes de peptones liquides dans 200 grammes de lait ; on émulsionne en ajoutant deux jaunes d'œuf. En plus il est utile de mettre quelques gouttes de laudanum.

L'huile de foie de morue se donne parfois par voie rectale.

## Instruments et manuel opératoire.

L'ancienne seringue de Molière a fait place à des instruments très perfectionnés (irrigateur Eguisier), trop connus pour que nous nous attardions à les décrire.

Le simple bock irrigateur peut avantageusement être employé (l'entéroclyseur de Cantani en est une modification).

Quant à la canule on emploiera la canule classique en os, ou une longue et grosse sonde en gomme qu'on pourra faire pénétrer profondément.

Le malade sera debout ou, mieux, couché sur le côté droit, le siège légèrement élevé, le corps un peu plié en arc.

Pour diriger la canule il faut se rappeler que le rectum à sa partie inférieure est dirigé de bas en haut et d'arrière en avant, sur l'étendue de 3 à 4 centimètres, puis prend une nouvelle direction en arrière.

Donc pendant les trois premiers centimètres, la canule devra être introduite oblique en haut et en avant, se dirigeant vers l'ombilic ; puis on la portera légèrement en arrière jusqu'à ce qu'elle ait pénétré de 6 ou 7 centimètres en tout.

S'il existe un obstacle à ce que le liquide pénètre profondément dans le gros intestin, il faut introduire aussi loin que possible une sonde flexible et y adapter l'irrigateur.

Il est quelquefois nécessaire de débarrasser mécaniquement l'intestin, à l'aide d'un instrument ou du doigt, des matières fécales qui l'encombrent avant d'administrer le lavement.

L'injection du liquide devra toujours être faite très lentement.

Les lavements médicamenteux et nutritifs doivent être précédés d'un grand lavement simple, qui débarrassera le rectum et permettra de tolérer plus aisément et de garder complètement le liquide médicamenteux ou nutritif.

Terminer en signalant les lavements gazeux et les lavements d'eau de seltz qui ont été principalement employés dans le cas d'obstruction intestinale.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.*— Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale.— II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur.— II. Crossè de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 30**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

I. ANATOMIE. . . **Configuration intérieure du cœur.**
II. — . . . **Crosse de l'aorte.**
III. — . . . **Muscles scalènes.**
I. PATHOLOGIE . . **Asystolie.**
II. — . . . **Thoracentèse.**

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour 20 fascicules . . . . . | 10 fr. »» | 12 fr. »» |
| — 40 — . . . . . | 18 fr. »» | 22 fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 32*

---

*Fascicule I.* — Anatomie : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** Pathologie : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— Anatomie : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** Pathologie : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— Anatomie : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — Anatomie : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— Anatomie : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** Pathologie : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — Anatomie : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** Pathologie : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — Anatomie : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** Pathologie : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — Anatomie : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# CONFIGURATION INTÉRIEURE DU CŒUR

## Généralités.

Le cœur se compose de quatre cavités ; deux sont situées au voisinage de sa base, ce sont les deux oreillettes ; l'une est dite : oreillette droite ; l'autre : oreillette gauche. Les deux autres forment le reste de l'organe c'est-à-dire sa majeure partie, ce sont les ventricules. Il y a également un ventricule droit et un ventricule gauche.

## Description.

VENTRICULES.

*Caractères communs aux deux ventricules.*

*Forme.*

— Pyramide triangulaire avec base supérieure qui est juxtaposée à l'oreillette correspondante et communique avec elle, et à sommet inférieur.

— Trois parois dont l'une est interne et commune aux deux ventricules. C'est la *cloison interventriculaire.*

*Aspect.*

Extrêmement irrégulier ; surface interne est hérissée de faisceaux charnus dits : *colonnes charnues,* que l'on divise en trois ordres :

*Colonnes de premier ordre.* — Adhèrent à la paroi ventriculaire par leur base ; et par leur sommet se terminent en filaments tendineux qui se fixent aux valvules auriculo-ven-

triculaires. On les désigne aussi sous le nom de : *piliers du cœur* ou *muscles papillaires.*

*Colonnes de deuxième ordre.* — Adhèrent à la paroi ventriculaire par leurs deux extrémités sont libres dans leur portion médiane.

*Colonnes de troisième ordre.* — Sont simplement sculptées à la surface interne du ventricule comme un bas relief. Elles adhèrent à cette surface dans toute leur étendue.

Ces colonnes sont plus abondantes vers le sommet ou pointe du ventricule.

*Orifices.*

Chaque ventricule présente deux orifices situés au niveau de sa base.

L'un est situé dans la région même de cette base qui est recouverte par l'oreillette. Il fait communiquer la cavité ventriculaire avec la cavité auriculaire : orifice auriculo-ventriculaire.

L'autre, le second, situé en avant du précédent, est visible également sur la surface extérieure du cœur où on le trouve dans cette portion de la base des ventricules laissée à découvert grâce à la concavité de la face antérieure des oreillettes.

Cet orifice est un orifice artériel, oblitéré par une valvule dite : valvule sigmoïde.

*Caractères propres à chaque ventricule.*

*Ventricule droit.*

*Forme.*

Prismatique et triangulaire, mais sa paroi interne correspondant à la cloison interventriculaire bombe dans sa cavité, ce qui rétrécit légèrement cette cavité.

Les deux autres parois sont l'une antérieure, l'autre postérieure où leur union correspond au bord droit du cœur.

*Piliers.*

— *Un pilier antérieur.*

Se détachant de la paroi antérieure tout près de la paroi interne.

— *Trois ou quatre piliers postérieurs.*

Naissent de la paroi postérieure, tout près de la cloison interventriculaire.

— *Quelques piliers internes de moindre importance.*

*Orifice auriculo-ventriculaire.*

Circulaire, circonscrit par un cercle fibreux où prend insertion la valvule qui le ferme.

Cette valvule : *valvule tricuspide*, présente la forme d'un entonnoir avec :

*Un bord supérieur* adhérant à cet anneau fibreux.

*Un bord inférieur* découpé par trois échancrures en trois languettes, ce qui lui vaut son nom de *tricuspide*.

De ces trois languettes ou valves, l'une est interne et répond à la cloison.

Une deuxième antérieure répond à la paroi antérieure. C'est la plus large.

Une troisième postérieure répond à la paroi postérieure.

Une partie des cordages tendineux des piliers aboutit à ce bord.

*Une face axiale* regardant l'axe de l'orifice. Elle est lisse et quand la valvule est ouverte le sang glisse sur elle pour se rendre de l'oreillette dans le ventricule.

*Une face périphérique*, irrégulière où viennent se terminer les cordages tendineux des piliers en plus grande abondance que sur le bord inférieur.

*Orifice pulmonaire.*

C'est l'orifice artériel du ventricule droit et

par lui la cavité du ventricule est en continuité avec la cavité de l'artère pulmonaire, par lui le sang s'échappe du ventricule droit pour parcourir l'artère pulmonaire.

Situé en avant et un peu en dedans de l'orifice auriculo-ventriculaire et sur un plan horizontal sus-jacent.

Circulaire ; peut être fermé par la valvule sigmoïde composée de trois lames dont l'une est antérieure, les deux autres postérieures, droite et gauche.

Chacune de ces lames ou valvules a une forme comparée à un *nid de pigeon.*

Elle présente :

— Un bord inférieur adhérant à l'anneau fibreux qui limite l'orifice.

— Un bord supérieur concave qui flotte librement dans la lumière du vaisseau et contient un nodule cartilagineux : *nodule de Morgagni.*

— Une face axiale regardant la lumière du vaisseau.

— Une face périphérique pariétale appliquée contre la paroi du vaisseau dont elle ne se détache que quand la valvule se ferme après la systole du ventricule.

Entre l'orifice auriculo-ventriculaire et l'orifice artériel il existe un faisceau charnu fort et épais qui fait saillie dans la cavité du ventricule et le divise à sa partie supérieure en deux portions, l'une aboutissant à l'orifice auriculo-ventriculaire ; l'autre interne et antérieure aboutissant à l'orifice pulmonaire. Cette dernière portion a la forme d'un entonnoir renversé et s'appelle : infundibulum (Wolff).

*Ventricule gauche.*

*Forme.*

La pyramide triangulaire qu'il forme théoriquement se rapproche beaucoup

d'un cône, grâce à la concavité de la paroi interne ou cloison interventriculaire. Concavité qui répond à la convexité qu'elle forme dans le ventricule voisin.

Les deux autres faces sont :

*Face antérieure.*

*Face postérieure*, également concaves et se réunissant l'une à l'autre selon une ligne qui correspond au bord gauche du cœur.

*Piliers.*

— *Un pilier antérieur.*

Naissant de la paroi antérieure au voisinage de la cloison.

— *Un pilier postérieur.*

Naissant de la paroi postérieure également tout près de la cloison.

Ces deux piliers, pendant la contraction du ventricule, s'appliquent l'un contre l'autre; aussi le postérieur est-il concave et reçoit alors dans cette concavité le pilier antérieur qui est convexe.

*Orifice auriculo-ventriculaire.*

Plus petit que celui du ventricule droit.

Circonscrit également par un contour fibreux.

Oblitéré quand le ventricule se contracte par une valvule : *valvule mitrale* qui présente :

*Bord supérieur* adhérant au pourtour fibreux.

*Bord inférieur* découpé en deux valves ce qui lui vaut son nom :

*a*) Une valve interne, la plus grande.

*b*) Une valve externe plus petite.

Reçoit l'insertion de quelques cordages tendineux des piliers.

*Une face axiale* lisse.

*Une face périphérique,* recevant l'insertion de la plus grande partie des cordages tendineux.

*Orifice aortique.*

Situé en avant et en dedans de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et sur le même plan horizontal que lui.

Fait communiquer la cavité du ventricule gauche avec la cavité de l'aorte.

Analogie complète de constitution avec l'orifice pulmonaire du ventricule droit.

Oblitéré de même par une valvule sigmoïde composée de trois valves : *l'une postérieure, les deux autres antérieures.* (Seule différence avec la valvule de l'orifice pulmonaire).

Au bord libre de chaque valve un noyau fibro-cartilagineux qui porte ici le nom de : nodule d'Arantius.

OREILLETTES.

*Caractères communs aux deux oreillettes.*

*Forme.*

Approximativement cubique, minceur relative des parois.

Absence de colonnes charnues.

Présence d'un diverticule naissant de la paroi externe, au voisinage de la paroi antérieure et revenant en avant pour recouvrir les gros vaisseaux c'est : l'*auricule.*

Les deux oreillettes sont juxtaposées l'une à l'autre et séparées par une cloison commune ; cloison interauriculaire.

*Caractères particuliers aux oreillettes.*

*Oreillette droite.*

*Paroi inférieure.*

Répond au ventricule sous-jacent, c'est la cloison interauriculo-ventriculaire. On

y retrouve l'orifice auriculo-ventriculaire droit et la valvule tricuspide.

*Paroi supérieure.*

Embouchure de la veine cave supérieure située tout près de la cloison interauriculaire.

*Paroi externe.*

Très étroite, véritable bord.

*Paroi interne.*

Répond à la cloison interauriculaire.

Au centre une dépression : *fosse ovale.*

A son niveau la cloison est extrêmement amincie, c'est le reste du trou de Botal qui chez l'embryon faisait communiquer ensemble les deux oreillettes.

Cette fosse est circonscrite par un contour saillant : anneau de Vieussens. Mieux marqué en avant et en haut.

Entre la fosse ovale et l'embouchure de la veine supérieure, c'est-à-dire à la partie supérieure de la face interne : tubercule de Lower.

*Paroi antérieure.*

Présente la communication de l'oreillette avec l'auricule.

*Paroi postérieure.*

a) *Embouchure de la veine cave inférieure.*

Tout près de la cloison. Pouvant être oblitérée en partie par la valvule d'Eustachi, toujours insuffisante, de forme semi-lunaire, a une importance beaucoup plus grande chez l'embryon que chez l'adulte.

b) *Orifice de la grande veine coronaire.*

Situé au-dessous et en dedans de l'orifice de la veine cave inférieure.

Oblitéré par la valvule de Thebasius, toujours insuffisante, en forme de croissant, à concavité supéro-interne.

*Oreillette gauche.*

*Paroi inférieure.*

Répond au ventricule.

Orifice auriculo-ventriculaire gauche.

*Paroi supérieure.*

Orifices des 4 veines pulmonaires.

1. 2 veines pulmonaires droites tout près de la cloison interauriculaire.

2. 2 veines pulmonaires gauches, tout à fait à la partie externe.

Pas de valvule.

*Paroi antérieure.*

Convexe, saillante dans la cavité auriculaire, à cause de la concavité externe due au passage des gros vaisseaux au-devant d'elle.

*Paroi postérieure.*

Plane.

*Paroi interne.*

Répond à la cloison interauriculaire, mince à la partie moyenne, correspondant à la face ovale.

Toute cette surface antérieure du cœur est tapissée par l'*Endocarde*. Il existe deux endocardes, l'un pour le cœur droit, l'autre pour le cœur gauche ; ce sont des membranes séreuses continuant la membrane interne des veines et des artères.

La question peut être posée également :
— Configuration interne du ventricule gauche.
— Configuration interne du ventricule droit.

# CROSSE DE L'AORTE

**Définition.**

L'aorte chargée de conduire le sang lancé par le ventricule gauche vers la circulation générale comprend trois portions. Parmi elles la première pour le nom de crosse de l'aorte, les autres seront les portions thoracique et abdominale.

La crosse de l'aorte se différencie des autres portions par :

— *Sa situation.*

A cheval sur le médiastin antérieur et le médiastin postérieur.

— *Sa direction.*

Oblique d'avant en arrière, de droite à gauche, et à peu près horizontale dans son ensemble, malgré une forte courbure convexe en haut, ce qui lui a valu son nom.

— *Ses rapports.*

**Origine.**

Base du ventricule gauche.

L'aorte continue par sa cavité, la cavité du ventricule gauche. La communication entre les deux se fait par un orifice dit : orifice aortique.

*Orifice aortique.*

*Situé* à la base du ventricule gauche, en avant de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et sur le même plan que lui.

*Circulaire.* — Délimité par un anneau fibreux.

*Oblitéré* pendant le droital ventriculaire après le remplissage de l'aorte par une valvule : *valvule sigmoïde*, composée de trois valves en nid de pigeon, dont la concavité regarde en haut et vers la paroi aortique, présentant un bord adhérent à l'anneau fibreux, un bord libre ayant dans son épaisseur un nodule fibro-cartilagineux dit d'Arautius.

*Rapports* avec, en arrière et sur le même plan, orifice auriculo-ventriculaire gauche.

— En arrière et à droite, sur le mlme plan, orifice auriculo-ventriculaire droit.

— En avant, à droite et sur un plan un peu supérieur, orifice pulmonaire.

Correspond sur la paroi thoracique à l'extrémité sternale du troisième cartilage costal gauche.

**Trajet.**

1. En haut, en avant et à droite, pendant 3 à 5 centimètres, jusqu'au bord inférieur de l'extrémité sternale du second cartilage costal droit.

2. Vertical en haut, depuis le bord inférieur de cette extrémité sternale du second cartilage costal droit, jusqu'au bord inférieur du cartilage costal de la première côte.

3. Horizontal d'avant en arrière et de droite à gauche, jusque contre le flanc gauche de la quatrième vertèbre dorsale en décrivant une courbe convexe en haut, concave à droite, en arrière et en bas.

Les deux extrémités de l'arc du cercle ainsi décrit sont distantes de 4 à 7 centimètres.

**Terminaison.**

Au niveau de la quatrième vertèbre dorsale et contre son flanc gauche.

**Rapports.**

1. Portion ascendante.

*Rapports immédiats.*

— Feuillet séreux du péricarde formant à l'aorte une gaîne commune à l'artère pulmonaire.

— Artère pulmonaire contournant la partie initiale de l'aorte en pas de vis, d'abord située en avant et à droite, passe sur le flanc gauche de l'aorte et lui devient postérieure. C'est en arrière de l'aorte que l'artère pulmonaire se bifurque.

— Entre les deux artères : aorte et artère pulmonaire sont des rameaux importants du plexus nerveux cardiaque.

*Rapports médiats.*

Se faisant avec interposition d'un repli séreux du péricarde.

*A gauche.*

Auricule gauche qui s'avance sur la face antérieure de l'aorte.

*A droite.*

Auricule droite.

*En arrière.*

Face antérieure des oreillettes excavée par la pression des deux troncs artériels : aorte et artère pulmonaire. Entre la face antérieure des oreillettes et la face postérieure de l'aorte est interposé un interstice tapissé par le feuillet séreux du péricarde : canal de Theile.

*Rapports plus lointains.*

— *Feuillet fibreux du péricarde.*

— *En avant.*

Masse cellulo-adipeuse qui la sépare de la face postérieure du sternum.

— *Thymus* ou ses vestiges seuls chez l'adulte.

— Face postérieure du sternum.

— Face postérieure du second cartilage costal droit, du premier cartilage costal droit, du premier espace intercostal et de son contenu.

— *A droite.*

*Veine cave postérieure.*

Parallèle à la portion verticale de la

crosse aortique et située sur un plan un peu postérieur à elle.

2. Portion horizontale.

*Rapport immédiat.*

— Feuillet fibreux du péricarde qui adhère intimement à la tunique externe de l'artère et l'accompagne pour aller se terminer à la partie initiale des branches ascendantes de l'aorte.

*Rapports médiats.*

a) *Sur la face antérieure et gauche.*

*D'avant en arrière.*

— *Nerf phrénique.*

— *Vaisseaux diaphragmatiques supérieurs gauches* qui descendent à travers le médiastin antérieur vers le diaphragme.

— *Nerfs cardiaques.*

α) Venus du pneumogastrique et nés dans la région cervicale.

β) Venus du grand sympathique et nés des ganglions cervicaux de ce nerf.

— *Nerf pneumogastrique gauche* allant former le plexus pulmonaire. Au niveau de la face antérieure de cette portion de la crosse de l'aorte, origine du nerf récurrent gauche qui contourne la face inférieure de la crosse pour remonter en arrière de sa face postérieure vers le larynx.

— *Plèvre médiastine gauche,* excavée en gouttière par le passage de la crosse aortique.

Déprimée au-dessus de cette gouttière en une large *fosse pleurale sus-aortique.*

— *Entre la plèvre et la paroi artérielle.* — Filets nerveux venus du grand sympathique et se rendant aux plexus cardiaque et pulmonaires.

— *En dehors de la plèvre*, face interne du poumon gauche (lobe supérieur) excavée de même que la plèvre en une gouttière par le passage de la crosse aortique.

b) *Sur la face postérieure ou droite.*

*D'avant en arrière.*

— *Veine cave supérieure* qui descend verticalement vers l'oreillette droite.

— *Trachée*, portant une empreinte due à la pression de la crosse de l'aorte (Nicaise, Lejars).

— *Œsophage*, refoulé vers la droite par la pression de la crosse de l'aorte.

Présentant à ce niveau un de ses 4 rétrécissements, uni souvent à l'aorte par des fibres musculaires dites muscle aortico-œsophagien, un des moyens de fixité de l'œsophage (Treitz, Gillette).

— *Nerf récurrent gauche*, montant vers le larynx en cheminant entre la trachée et l'œsophage.

— *Flanc gauche de la colonne vertébrale*, aplati légèrement par la pression de l'aorte et présentant, grâce à cet aplatissement une sorte de gouttière régnant pendant une partie de la région dorsale de la colonne.

— *Quelques filets cardiaques du nerf grand sympathique gauche.*

c) *Sur la paroi inférieure.*

— *Branche droite de l'artère pulmonaire*, présentant un ligament qui l'unit à la face inférieure de l'aorte : le ligament artériel, reste du canal artériel de l'embryon.

Cette branche de l'artère pulmonaire délimite, avec le ligament artériel en arrière : la crosse de l'aorte en haut et en avant, une fossette où est logé le ganglion nerveux de Wrisberg.

— *Branche gauche,* dont elle est séparée par du tissu cellulaire très lâche : bourse séreuse de Calori.

d) *Sur sa face supérieure.*

— *Fourchette du sternum,* dont la partie la plus élevée de la crosse aortique est distante de :

10 à 12 millimètres chez l'enfant.
30 à 40 » » l'adulte.
10 à 15 » » le vieillard.

— *Partie inférieure de la région cervicale.*

Corps thyroïde.
Veines thyroïdiennes inférieures.
Troncs veineux brachio-céphaliques.
Régions carotidiennes.

**Calibre.**

27 millimètres environ mais irrégulier.

*Dilatation en deux points.*

1. *A l'origine.*

*Sinus de Valsalva.*

Trois saillies répondant aux valvules sigmoïdes de l'orifice aortique.

2. *Au niveau de l'angle que forment la portion verticale et la portion horizontale.*

*Grand sinus de l'aorte.*

Plus marquée dans un âge avancé, ce qui rapproche la paroi aortique de la fourchette sternale.

**Branches collatérales.**

1. Artère coronaire droite.
2. Artère coronaire gauche.
   Se distribuant aux parois cardiaques.
3. Tronc artériel brachio-céphalique.

Allant fournir l'artère carotide primitive droite et l'artère sous-clavière droite.

4. Artère carotide primitive gauche.
5. Artère sous-clavière gauche.

**Embryologie.**

Crosse de l'aorte est formée par le quatrième arc aortique gauche, tandis que l'arc aortique situé au même niveau du côté droit forme l'artère sous-clavière droite et le tronc brachio-céphalique.

---

# MUSCLES SCALÈNES

## Définition.

Les scalènes sont des muscles situés sur la partie profonde et latérale du cou. On décrivait autrefois deux scalènes, le scalène antérieur et le scalène postérieur; on en décrit aujourd'hui trois en intercalant entre les deux précédents un muscle scalène moyen (Gillis, Sabatier, Sœmering, Meckel).

Ces muscles forment une masse charnue de forme triangulaire étendue depuis les parties latérales de la colonne cervicale jusqu'aux deux premières côtes. Poirier, Gegenbauer regardent les scalènes antérieur et moyen comme de longs muscles intercostaux, s'étendant entre une côte et le tubercule antérieur d'une apophyse transverse cervicale qui représente une côte. Le scalène postérieur représenterait un muscle sus-costal.

## Description.

*A.* Muscle scalène antérieur.

*Situation.*

— Parties latérales et profondes du cou. Etendu depuis les apophyses transverses des quatrième, cinquième, sixième vertèbres cervicales jusqu'à la première côte.

Dirigé en bas, en dehors et en avant.

*Insertions.*

*Supérieures.*

Tubercules antérieurs des apophyses transverses des quatrième, cinquième, sixième vertèbres cervicales.

— Quelquefois languettes supplémentaires à la troisième vertèbre cervicale ou à la septième.

— Quelquefois des languettes très grêles viennent du tubercule postérieur (Bourgery, Cruveilhier).

*Inférieures.*

Face supérieure de la première côte tout près de son extrémité antérieure y déterminant une saillie : le tubercule de Lisfranc.

Corps charnu est formé de fibres naissant en haut par des languettes qui s'unissent ensemble un peu au-dessous de leur insertion vertébrale. Il est aplati dans le sens frontal, puis peu à peu se contourne sur lui-même et devient aplati dans le sens sagittal.

L'insertion inférieure se fait par une lame tendineuse contournée en demi-cône et sur la face profonde de laquelle aboutissent les fibres charnues.

*B.* Muscle scalène moyen.

Le plus grand des trois.

*Situation.*

Intermédiaire aux deux précédents. S'étend depuis la partie latérale de la colonne cervicale jusqu'à la première côte.

*Insertions.*

*Supérieures.*

Quatre ou cinq dernières vertèbres cervicales, au bord externe et à la concavité de la gouttière transversaire, s'étendant jusqu'au tubercule antérieur, en avant et jusqu'au tubercule postérieur en arrière.

*Inférieures.*

Face supérieure et bord externe de la première côte, en arrière et en dehors de l'insertion du scalène antérieur.

Corps charnu, naît en haut par des languettes aponévrotiques. Il est aplati transversalement dans toute son étendue ; fortement oblique en dehors et en bas.

*C.* Muscle scalène postérieur.

*Situation.*

En arrière des deux précédents, étendu depuis les apophyses transverses des vertèbres cervicales jusqu'à la deuxième côte.

*Forme.*

Le muscle présente deux faisceaux, l'un superficiel, l'autre profond.

*Faisceau superficiel.*

*Insertions.*

*Supérieures.*

Tubercules postérieurs des apophyses transverses des quatrième, cinquième, sixième vertèbres cervicales.

Quelquefois a deux vertèbres seulement, quatrième et cinquième ou cinquième et sixième.

*Inférieures.*

Bord supérieur et quelquefois face externe de la deuxième côte.

Quelquefois jusqu'à la troisième ou la quatrième côte (Theile, Bouchard).

*Faisceau profond.*

*Insertions.*

*Supérieures.*

Tubercule postérieur et gouttière intertuberculeuse de la septième vertèbre cervicale.

*Inférieures.*

Face supérieure de la première côte en arrière et en dehors du scalène moyen.

## Rapports des scalènes.

*Rapports généraux.*

Considérés dans leur ensemble, les trois scalènes forment un cône creux à base inférieure et à sommet supérieur avec une surface convexe dirigée en dehors et en avant, et une surface concave dirigée en arrière et en dedans.

Ce demi-cône coiffe le sommet du thorax et est par sa surface concave en rapport avec l'accessoire supérieure du thorax, le sommet du poumon, les culs-de-sac pleuraux supérieurs et leurs ligaments supérieurs.

Ce demi-cône est recouvert en dehors par le muscle sterno-mastoïdien, omoplato-hyoïdien, transversaire du cou, splénius, angulaire.

*Rapports particuliers.*

*Muscle scalène antérieur.*

*En avant.*

— Nerf phrénique descendant verticalement.

— Veine sous-clavière passant horizontalement au-devant de la partie tout à fait inférieure.

— Artère cervicale ascendante.

— Artère cervicale transverse.

— Artère scapulaire supérieure à direction transversale.

*En arrière.*

— Muscle scalène moyen.

— Entre les deux muscles scalènes moyen et antérieur passent :

*En bas.*

— Artère sous-clavière.

*En haut.*

— Racines du plexus brachial.

*Muscle scalène moyen.*

*En avant.*

Muscle scalène antérieur et contenu de l'espace interscalénique déjà signalé.

*En arrière.*

— Muscle scalène postérieur.

— Entre le muscle scalène moyen et le muscle scalène postérieur sort fréquemment le nerf de Charles Bell.

*Muscle scalène postérieur.*

*En avant.*

— Muscle scalène moyen.

*En arrière.*

— Muscle angulaire de l'omoplate.

— Muscle grand dentelé.

**Irrigation.**

Branches cervicale transverse, cervicale ascendante, et cervicale profonde de l'artère sous-clavière.

**Innervation.**

Scalène antérieur, filets venus des branches antérieures des troisième, quatrième, cinquième paires cervicales.

Scalène moyen et postérieur, branches antérieures des troisième et quatrième nerfs cervicaux.

— Branches collatérales du plexus brachial.

— Filet né du nerf du rhomboïde.

**Action.**

a) *Point fixe sur le thorax.*

Inclinaison latérale du cou et torsion légère du côté opposé.

b) *Point fixe sur la colonne cervicale.*

Elévation des deux premières côtes, inspiration.

---

# ASYSTOLIE

Syndrome commandé par l'insuffisance cardio-vasculaire au cours d'états pathologiques variables.

1. Terme créé par Beau (1856) qui aurait plus exactement dû l'appeler hyposystolie puisque l'asystolie c'est la mort.

Beau ne voit que l'asystolie terminale des lésions cardiaques.

2. Rigal, Peter montrent que l'asystolie peut être la résultante d'affections du système vasculaire périphérique.

3. Potain, Franck, Barié décrivent les asystolies inorganiques, asystolies réflexes.

Dans tous les cas il y a augmentation de la tension vasculaire du poumon, augmentation de tension que le cœur droit ne peut pas surmonter et qui le force.

Il en résulte la dilatation mécanique des ventricules et des orifices ; la circulation ne se fait plus dans ses conditions normales, aussi les divers organes vont mourir pièce à pièce, ajoutant aux troubles circulatoires, les troubles qui résulteront de la perte de leurs fonctions physiologiques propres (anhématie, apepsie, anurie, etc.), et l'ensemble constituera le tableau complexe de l'asystolie.

On assistera ainsi à la déchéance progressive de l'organisme, à la mort des organes pièce à pièce et, suivant la phrase de Peter, quand le malade aura cessé de vivre il n'aura en somme que cessé de mourir.

## Etiologie.

1. Origine cardiaque.

L'asystolie se rencontre en particulier dans les affections de l'orifice mitral (insuffisance et rétrécissement,

et de l'orifice tricuspide. Chez les mitraux on aura des séries de poussées d'asystolie, que pendant longtemps par le repos, le lait et la digitale, on pourra juguler.

Dans les affections aortiques au contraire elle ne survient que fort tardivement mais toujours elle comporte un pronostic sévère.

On la rencontre également, mais peu souvent dans la péricardite et la myocardite.

2. Origine pleuro-pulmonaire.

Les lésions chroniques du poumon sont également une de ses causes fréquentes (emphysème ; bronchite chronique).

D'autres fois, en particulier chez les vieillards ou les cardiaques, elle complique une affection aiguë (broncho-pneumonie ; pneumonie ; coqueluche, etc.).

Chez les gens porteurs d'une gibbosité, à thorax et par suite à champ respiratoire considérablement rétréci, l'asystolie est la règle à la moindre inflammation pulmonaire.

3. Origine abdomino-uro-génitale.

Les affections de l'estomac, plus fréquemment celles du foie (colique hépatique) sont l'origine d'asystolie réflexe (il y a par voie pneumo-sympathique vaso-constriction des capillaires pulmonaires d'où élévation de tension et asystolie du cœur droit).

Signaler comme autres causes : les fibromes de l'utérus, les néphrites chroniques, la grossesse (accidents gravido-cardiaques des femmes ayant du rétrécissement mitral).

4. Origine nerveuse.

On a signalé l'asystolie dans : Le goître exophthalmique, les myélites, les paralysies bulbaires.

Cette classe est peu importante.

## Symptômes.

*a*) Attitude du malade et facies. Dyspnée.

Œil brillant, saillant ; facies bouffi, violacé avec turgescence des grosses veines qui se dessinent au front,

aux tempes et sur le cou. Lèvres cyanosées, ainsi que les oreilles.

Il est assis dans un fauteuil, arc-bouté en avant, les mains sur les cuisses ; ou sur son lit, soulevé par plusieurs oreillers. Il est en proie à la dyspnée et à l'insomnie perpétuelle.

*b*) Œdème ; Ascite.

L'œdème atteint non seulement les membres inférieurs, énormes, mais le scrotum, la verge, toute la paroi de l'abdomen. Peau blanche, exsangue, où le doigt imprime profondément le godet caractéristique, et qui, par les éraillures qu'elle peut présenter, laisse suinter constamment de la sérosité.

Cet œdème peut être généralisé (anasarque). Quant à l'ascite, elle est variable et peut être légère.

*c*) Examen de l'appareil circulatoire.

Ne donne en général pas grand renseignement sur la lésion cardiaque, si comme nous le supposons, et comme c'est le cas le plus fréquent, l'asystolie est sous la dépendance d'une affection valvulaire.

Cœur rapide, tumultueux, arythmique, dont les bruits sont remplacés par le « murmure asystolique de Parrot ».

Parfois bruit de galop.

Pointe abaissée ; matité du cœur droit augmentée.

Pouls petit, irrégulier, donnant un tracé à peine ondulé.

*d*) Examen de l'appareil pulmonaire.

Dyspnée.

Signes de congestion aux deux bases (râles fins).

Parfois poussées étendues d'œdème pulmonaire.

Souvent hydrothorax.

*e*) Examen des autres appareils.

1. *Appareil digestif.*

Foie congestionné, douloureux, débordant considérablement les fausses côtes, descendant parfois

à l'ombilic ; et diminuant parallèlement à la crise asystolique.

Légère teinte subictérique des téguments et des conjonctives.

Troubles dyspeptiques divers ; vomissements, parfois diarrhée.

2. *Appareil urinaire.*

Oligurie et même anurie.

Albuminurie.

**Marche.**

L'asystolie procède en général par étapes ; le repos, le régime lacté, les diurétiques ; et suivant les cas la digitale, la saignée, la ponction de l'ascite, ou le drainage de l'œdème des membres inférieurs amèneront la rétrocession momentanée des accidents. Le cœur se régularisera, les œdèmes disparaîtront ainsi que la dyspnée.

La terminaison fatale en est souvent le dénouement, par asphyxie lente, pénible, parfois aussi par syncope brusque ou par cachexie cardiaque prolongée.

**Formes.**

D'après la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes. Citer seulement :

Type cardio-artériel (des vieux athéromateux).
Type cardio-rénal.
Type cardio-pulmonaire.
Type cardio-hépatique.
Type cardio-cérébral (folie cardiaque).

**Pronostic.**

Basé surtout sur la cause, l'âge, le nombre de crises asystoliques antérieures.

**Diagnostic.**

1. *Différentiel.*

*a*) A cause de la dyspnée :

De emphysème, asthme, dyspnée urémique, etc.

*b*) A causes des œdèmes :

De mal de Bright ; cirrhoses hépatiques.

*c*) A cause de la cyanose :

De oblitération de la veine cave ; maladie bleue.

2. *De la cause.*

C'est là la sèule difficulté du diagnostic.

Examen complet du malade ; recherche de ses antécédents pathologiques.

**Traitement.**

C'est, lorsqu'il y a possibilité, le traitement de la cause. En dehors, traitement purement symptomatique et surtout hygiénique.

---

# THORACENTÈSE

On nomme thoracentèse l'opération qui consiste à évacuer des liquides contenus dans la cavité pleurale (sérosité, pus, sang) soit par la ponction simple, soit par la ponction combinée à l'aspiration.

C'est, comme le dit le professeur Dieulafoy, Trousseau qui fut le vulgarisateur de la thoracentèse dont il formula nettement les indications. Depuis l'invention de l'aspirateur Dieulafoy, l'apparition des aspirateurs Potain, Debove, la ponction aspiratoire des épanchements pleuraux est passée dans la pratique journalière.

## Indications de la thoracenthèse.

a) *Pleurésie aiguë, séro-fibrineuse.*

C'est la plupart du temps contre l'épanchement qui caractérise cette affection qu'est employée la thoracentèse.

Malgré de nombreuses discussions, on admet généralement qu'on ne doit pas systématiquement ponctionner la plèvre dans tous les cas de pleurésie aiguë.

La ponction est réservée à 2 cas.

1. Un épanchement trop considérable (dépassant 1500 grammes en moyenne) et qui détermine des phénomènes de compression (dyspnée ; torsion du cœur ; cyanose).

Ces phénomènes de compression peuvent manquer ; l'examen physique du malade permettra seul d'apprécier la quantité de l'épanchement. On accordera surtout une grande valeur à l'étendue de la matité qui en arrière remonte jusqu'au tiers supérieur du poumon, en avant atteint presque la clavicule ; à la disparition de l'espace sonore de

Traube et à la déviation plus ou moins considérable du cœur, dans le cas de pleurésie gauche.

A droite l'abaissement du foie est l'indice d'un épanchement considérable.

Donc dans tous les cas où il y a un épanchement dépassant 15 à 1800 grammes, même en l'absence de phénomènes de compression, ponctionner. C'est le meilleur moyen de prévenir la mort subite qui survient parfois.

2. Dans le cas d'épanchements moyens qui ont résisté à toute médication et qui persistent encore à la troisième semaine de la maladie.

b) *Pleurésie hémorrhagique.*

On s'accorde généralement sur l'utilité de la ponction dans ce cas ; ponctions répétées et par petites quantités.

c) *Pleurésie purulente.*

La thoracentèse dans ce cas cède le pas à l'empyème avec ou sans résections costales, qui constitue l'opération de choix.

Cependant, avant l'empyème, des ponctions répétées permettront d'éviter l'évacuation en bloc d'un épanchement parfois énorme. En outre dans le cas de pleurésie purulente à pneumocoques, chez l'enfant principalement la ponction pourra suffire.

d) *Pleurésie chronique séro-fibrineuse.*

Où le liquide se reproduit rapidement et longtemps. Pratiquer de temps à autre la ponction.

e) *Hydro-thorax et hémo-thorax.*

Nécessitent parfois la thoracentèse, surtout par leur volume.

## Instruments employés.

On peut se servir d'un simple trocart. Au début de la méthode c'était même le seul instrument employé. On se servait du trocart de Reybard dont le pavillon était armé d'une baudruche qui par son rôle de soupape s'opposait à l'entrée de l'air dans la poitrine au moment de l'inspiration.

Ce procédé a fait place aux appareils aspirateurs. Cepen-

dant, en raison de sa simplicité et des vices de fonctionnement si fréquents des appareils Potain ou Dieulafoy, certains cliniciens s'en servent encore.

M. Duguet, en particulier, emploie un trocart ou une aiguille adaptée à un tube de caoutchouc assez long, terminé par un entonnoir. L'appareil est rempli d'eau et abaissé lorsque l'aiguille a pénétré dans la plèvre ; il fait siphon.

Actuellement on se sert de :

1. *Et surtout de l'appareil aspirateur Potain.*

A l'aide d'une petite pompe aspirante, on fait le vide dans un flacon gradué de 2 litres. De ce flacon, bouché par un bouchon à 2 tubulures munies d'un robinet, part un tube flexible qui se termine par un ajutage sur lequel on vissera des trocarts ou des aiguilles tubulées de grosseurs diverses.

2. *De l'appareil de Dieulafoy.*

Là le liquide arrive directement dans un cylindre en verre où se meut un piston. Un double système de robinets permet à volonté d'aspirer le liquide pleural, et, lorsque le corps de pompe est rempli, de l'évacuer dans un récipient.

Il en existe deux modèles, l'un petit de 60 à 100 grammes, l'autre grand.

3. *De l'appareil de Debove.*

C'est le même principe qne dans l'appareil Potain, mais simplifié et moins coûteux.

**Manuel opératoire.**

1. *Asepsie du trocart ou de l'aiguille.*

S'assurer ensuite, l'appareil monté, en aspirant de l'eau bouillie, que tout fonctionne bien (pompe, robinets, etc.), et que l'aiguille n'est pas bouchée.

Etant donnée la facilité avec laquelle les appareils aspirateurs se détraquent, cette précaution est absolue.

2. *Asepsie des mains de l'opérateur.*

3. *Choix du lieu de ponction. Son asepsie.*

A moins d'indications spéciales fournies par la matité,

le cloisonnement, etc., on ponctionnera la plèvre dans le milieu du 7e ou 8e espace intercostal sur le trajet de la ligne axillaire ; ou sur le bord supérieur de la 9e côte sur le prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate (Dieulafoy ; Netter).

A droite, la présence du foie oblige à ne pas ponctionner plus bas que la 8e côte.

D'une manière générale du reste, on aura avantage à pratiquer auparavant une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz, qui confirmera la présence du liquide.

La peau sera brossée au savon et lavée à l'éther et au sublimé.

4. *Position du malade.*

Le malade sera couché sur l'autre flanc, ou mieux assis sur son lit, les deux bras en avant.

5. *Ponction proprement dite.*

Le vide fait dans l'appareil, saisir l'aiguille ou le trocart à pleine main, l'index allongé sur la pointe, et limitant la longueur d'instrument qu'on veut faire pénétrer.

L'index gauche marque l'espace intercostal et précise le point où on enfoncera l'instrument.

Ce dernier pénètrera perpendiculairement à la paroi par un rapide mouvement combiné de pression et de rotation. Dès que l'on a pénétré environ de 3 centimètres ouvrir le robinet de l'aspirateur, le liquide apparaît, sinon on enfoncera lentement l'aiguille, marchant « le vide à la main » à la rencontre de l'épanchement.

6. *Ecoulement du liquide.*

Doit se faire très lentement ; ne jamais être complet, et ne pas dépasser plus d'un litre par ponction.

Si on a employé l'aiguille, vers la fin de la ponction on la retirera légèrement et on la fera basculer de manière à éviter la blessure du poumon, accident rare du reste.

7. *Terminaison.*

Retirer l'aiguille ; obturer la piqûre d'une goutte

de collodion et appliquer si l'on veut un bandage de corps.

**Accidents consécutifs.**

Congestion et œdème pulmonaires, expectoration albumineuse, asphyxie lente ou brusque, syncope, hémiplégie, apoplexie, transformation purulente de l'épanchement, tels sont les accidents qui ont pu être observés au cours d'une thoracentèse.

Tous ces accidents peuvent le plus souvent être évités. L'œdème pulmonaire, l'expectoration albumineuse et la syncope sont devenus fort rares depuis que l'évacuation du liquide se fait lentement et partiellement.

Quant à la transformation purulente de l'épanchement, elle est exceptionnelle lorsque toutes les règles de l'asepsie ont été observées.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.**

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : **I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main.** PATHOLOGIE : **I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.**

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : **I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude.** PATHOLOGIE : **I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.**

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : **I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire.** PATHOLOGIE : **I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.**

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.**

*Fascicule XXIX.* — ANATOMIE : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** PATHOLOGIE : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — ANATOMIE : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** PATHOLOGIE : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** PATHOLOGIE : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — ANATOMIE : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 31**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | Anatomie. . . | **Œsophage.** |
| II. | — . . . | **Configuration extérieure et rapports des poumons.** |
| I. | Pathologie . . | **Hémoptysie.** |
| II. | — . . . | **Symptômes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la 3e période.** |
| III. | — . . . | **Bronchite aigüe.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, rue de l'École-de-Médecine, 23-25

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 32*

---

*Fascicule I.* — Anatomie : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** Pathologie : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— Anatomie : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** Pathologie : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— Anatomie : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — Anatomie : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— Anatomie : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** Pathologie : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — Anatomie : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.— III. Articulation du genou.** Pathologie : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — Anatomie : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** Pathologie : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — Anatomie : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

# ŒSOPHAGE

**Définition.**

Conduit musculo-membraneux formant la troisième portion du tube digestif; étendu entre le pharynx qui le surmonte et l'estomac où il aboutit. Il a pour rôle de conduire du pharynx vers l'estomac le bol alimentaire.

**Situation.**

Traverse successivement les régions cervicales, thoracique et la partie tout à fait supérieure de l'abdomen.

**Limites.**

*Supérieure.*

*Extérieurement.*

Bord inférieur du faisceau cricoïdien du muscle constricteur inférieur du pharynx.

Correspond : au bord inférieur du cartilage cricoïde, en avant ;

Au disque qui unit la sixième et la septième vertèbre cervicale; et au tubercule de Chassaignac en arrière.

*Inférieure.*

*Extérieurement.*

Angle formé par le flanc gauche de l'œsophage avec la grosse tubérosité de l'estomac.

*Intérieurement.*

Valvule cardio-œsophagienne correspond au flanc gauche de la dixième vertèbre dorsale.

**Calibre.**

Irrégulier, plus large en haut et en bas qu'au milieu.

Aurait, d'après Sappey, la forme de deux cônes se continuant l'un avec l'autre par leur sommet tronqué.

Sur le trajet quatre rétrécissements :

1. Au niveau de l'origine.
2. Au niveau du croisement de la crosse de l'aorte ; troisième vertèbre dorsale.
3. Au croisement de la branche gauche ; quatrième vertèbre dorsale.
4. Pendant la traversée du diaphragme.

**Trajet.**

Part de la ligne médiane au niveau de son origine.

— Se dirige en bas et légèrement à gauche.

— Rencontre la crosse de l'aorte et, refoulé par elle, il revient vers la ligne médiane.

— Abandonne de nouveau la ligne médiane au niveau de la septième vertèbre dorsale ; passe au-devant de la portion thoracique de l'aorte en face de la huitième vertèbre dorsale.

— Traverse le diaphragme par un orifice spécial antérieur à l'orifice de l'aorte.

— Au-dessous du diaphragme gagne l'estomac où il se termine après un trajet intraabdominale de 4 centimètres environ, dirigé toujours en bas et à gauche.

**Moyens de fixité.**

— Continuité en haut avec le pharynx.

— Lames aponévrotiques formant une loge qu'occupe la portion cervicale de l'œsophage.

Il existe une lame aponévrotique postérieure rétro-œsophagienne.

Deux aponévroses latérales dont le bord antérieur se continue avec la gaîne du corps thyroïde.

— *Faisceaux musculaires dits :*

Muscle trachéo-œsophagien.
Muscles broncho-œsophagiens droit et gauche.
Muscle pleuro œsophagien gauche.
Muscle aortico-œsophagien.
Muscle péricardico-œsophagien.
Muscle thyréo-œsophagien.
Muscle vertébro-œsophagien.
Muscle phrénico-œsophagien.

Ce sont des faisceaux musculaires que chaque organe voisin de l'œsophage lui envoie.

— *Dans l'abdomen :*

— *Replis péritonéaux.*

— Partie supérieure du petit épiploon ou ligament gastro-hépatique.

— Ligament œsophago-gastro-phrénique à gauche.

## Rapports.

Portion cervicale.

*En avant.*

Portion membraneuse de la trachée qu'il déborde à gauche et dont il est séparé par du tissu cellulaire lâche.

*En arrière.*

Aponévrose rétro-œsophagienne.
Tissu cellulaire.
Aponévrose prévertébrale; muscles prévertébraux.

*Latéralement.*

— Nerf récurrent.

Situé à droite sur le flanc même de l'œsophage, à gauche entre l'œsophage et la trachée.

— Ganglions lymphatiques formant une chaîne le long de ce nerf.

— Artère thyroïdienne inférieure.

— Rameaux du nerf grand sympathique cervical.

— Veines thyroïdiennes moyenne et inférieure.

*Plus loin en dehors.*

— Artère carotide primitive.

— Veine jugulaire interne.

— Nerf pneumogastrique.

— Cordon du nerf grand sympathique cervical.

— Muscles sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, omo-hyoïdien, sterno-mastoïdien.

Portion thoracique.

Peut être subdivisée en deux portions entre lesquelles la distinction est faite par le passage sur chaque côté de l'œsophage de la veine grande azygos à droite et de la crosse de l'aorte à gauche.

De ces deux portions, l'une est sus-azygo-aortique.

L'autre sous-azygo-aortique.

α) *Portion sus-azygo-aortique.*

*En avant.*

— Trachée.

*En arrière.*

— Colonne vertébrale.

*Latéralement.*

*A gauche.*

— Origine de l'artère sous-clavière gauche.

— Artère carotide primitive gauche.

— Nerf récurrent.

— Canal thoracique.

*A droite.*

— Nerf récurrent droit.

— Tronc artériel brachio-céphalique et portion initiale de ses branches de bifurcation.

— Tronc veineux brachio-céphalique droit.

— Veine cave supérieure.

β) *Portion interazygo-aortique.*

*En avant.*

*Trachée* et sa bifurcation.

*Racine de la branche gauche.*

Masse ganglionnaire sous-jacente à la bifurcation de la trachée.

Paroi postérieure du péricarde et par son intermédiaire oreillette gauche du cœur.

*En arrière.*

Colonne vertébrale jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale.

*Plus bas.*

*Aorte thoracique.*

Située d'abord à gauche puis en arrière.

*Grande veine azygos.*

Située en arrière et à droite.

*Veine petite azygos.*

Passant en arrière de l'œsophage au niveau de la huitième vertèbre dorsale.

*Canal thoracique.*

*Latéralement.*

*Immédiatement.*

*Nerfs pneumogastriques.*

L'un suivant le côté droit, l'autre le côté gauche de l'œsophage, puis dévient légèrement un peu plus bas de leur position primitive, de telle façon que le gauche devient antérieur et le droit postérieur.

*Plus loin.*

*A gauche.*

— *Crosse de l'aorte,* imprimant à

l'œsophage un des quatre rétrécissements.

— *Plèvre médiastine gauche.*

L'œsophage imprime sur cette plèvre une gouttière dont les bords se prolongent recouvrant les faces antérieure et postérieure de l'œsophage et allant au-devant de prolongements ou culs-de-sac semblables, venus de la plèvre droite.

*A droite.*

— *Crosse de la grande veine azygos.*

— *Plèvre médiastine droite* plus éloignée de l'œsophage que la plèvre médiastine gauche, mais envoyant comme celle-ci des prolongements au-devant et en arrière de l'œsophage.

Les culs-de-sac pleuraux postérieurs à l'œsophage portent le nom à droite, de cul-de-sac *inter-azygo-œsophagien*, à gauche de cul-de-sac *inter-aortico-œsophagien.*

Ces deux culs-de-sac sont reliés l'un à l'autre par le ligament interpleural de Morozow se continuant jusqu'à l'orifice diaphragmatique.

Les culs-de-sac droit et gauche antérieurs à l'œsophage portent le nom de culs-de-sac *préœsophagiens.*

Portion diaphragmatique.

Entourée de toutes parts par les fibres musculaires du diaphragme dont quelques-unes se perdent dans la tunique même de l'œsophage, tandis que lui-même envoie quelques fibres au diaphragme.

Portion abdominale.

*En avant.*

— Face supérieure du ligament triangulaire gauche du foie.

— Face inférieure du lobe gauche du foie.

*En arrière.*

— Pilier gauche du diaphragme.
— Aorte abdominale.
— Artère diaphragmatique inférieure gauche.
— Artère capsulaire supérieure gauche.

*A gauche.*

Diaphragme.
Grosse tubérosité de l'estomac.
Base du ligament triangulaire gauche du foie.

*A droite.*

Echancrure qui sépare le lobe de Spiegel du lobe gauche.
Nerf pneumogastrique droit en arrière.
Nerf pneumogastrique gauche en avant.

Le péritoine revêt en partie la face antérieure ; sa face postérieure est complètement dépourvue de revêtement péritonéal et c'est par l'intermédiaire du tissu cellulaire seulement qu'elle est en rapport avec le diaphragme et l'aorte.

Sur les côtés, le péritoine se continue de l'œsophage vers le diaphragme formant :

— A gauche, la partie supérieure du ligament gastro-phrénique.
— A droite, la partie supérieure du ligament hépato-gastrique ou petit épiploon.

## Vaisseaux.

L'œsophage est nourri par des artères qui viennent de :

Artère thyroïdienne inférieure.
Artères œsophagiennes venant de l'aorte.
Artères bronchiques.
Artère coronaire stomachique.

Le sang est emporté par :

Veine coronaire stomachique.
Veine thyroïdienne supérieure.
Veines péricardiques, bronchiques, azygos, diaphragmatiques.

Les vaisseaux lymphatiques vont aux ganglions du médiastin et aux ganglions périœsophagiens.

**Nerfs.**

Nerfs laryngés supérieur et inférieur.
Nerfs pneumogastriques.

**Structure.**

1. *Couche musculaire.*

a) *Extérieurement :* fibres longitudinales.

b) *Intérieurement :* fibres circulaires.

c) Dans le tiers supérieur de l'œsophage il existe une couche de fibres longitudinales plus interne encore que la couche circulaire.

2. *Couche sous-muqueuse :* tissu cellulaire.

3. *Muqueuse.*

Avec un épithélium stratifié : des glandes en tube composé, une muscularis mucosæ.

**Physiologie.**

Conduit le bol alimentaire du pharynx vers l'estomac. Ce bol alimentaire y chemine un peu par l'action de la pesanteur et beaucoup plus par l'action de la tunique musculaire qui est animée de mouvements péristaltiques indépendants de la volonté dès que le bol alimentaire a franchi le bord inférieur dn constricteur inférieur du pharynx.

---

# CONFIGURATION EXTÉRIEURE

ET

# RAPPORTS DES POUMONS

**Définition.**

Les poumons sont les organes qui sont le siège de l'hématose; c'est par eux que le sang vient se mettre en contact de l'air inspiré du dehors et s'oxygéner.

**Situation.**

Dans la cavité thoracique dont ils occupent les parties latérales. Tandis que la partie médiane est occupée par une cloison constituée par une série d'organes qui sont d'avant en arrière le cœur et le péricarde, la trachée, l'œsophage, l'aorte, et dite médiastin.

**Configuration extérieure.**

Volume.

— En raison directe des dimensions du thorax.

— Plus grand dans l'inspiration.

— Plus petit dans l'expiration pendant laquelle il se réduit dans tous les sens.

— Dans leur état moyen de dilatation ils mesurent :

Diamètre vertical, mesuré en arrière, près du bord postérieur, entre la dixième côte en bas et le cul-de-sac supérieur de la plèvre en haut : 26 à 27 centimètres.

Diamètre antéro-postérieur : 16 à 17 centimètres.

Diamètre transversal : plus considérable au niveau des troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux : 9 à 10 centimètres.

Volume est relativement plus considérable chez l'homme que chez la femme.

Chez le nouveau-né, le volume est différent suivant qu'il a ou n'a pas respiré. Chez le nouveau-né qui n'a pas respiré, les poumons ne recouvrent pas le cœur, tandis qu'ils le recouvrent chez celui qui a respiré.

Le volume des poumons est surtout dû à l'air contenu dans leur cavité. Le volume d'air contenu dans les poumons est, d'après Bérard, de 3500 à 4000 centimètres cubes.

Poids.

Le tissu pulmonaire est plus léger que l'eau chez l'enfant et l'adulte qui ont respiré, — plus lourd que l'eau quand l'enfant n'a pas respiré.

Poids absolu chez l'adulte varie de 450 à 700 gr.

Couleur.

Rose chez l'enfant.

Blanc ardoisé chez l'adulte, ce qui est dû à l'accumulation dans le tissu pulmonaire de particules solides venues du dehors.

Consistance.

Molle, analogue à celle d'une éponge.

Forme.

Peut difficilement être comparée à celle d'un solide géométrique. Cependant on la compare souvent à celle d'un cône aplati dans le sens transversal, à sommet arrondi et à base taillée obliquement d'avant en arrière, de haut en bas et de dedans en dehors.

On lui décrit une face externe ou costale, une face interne ou médiastine, un sommet, une base et trois bords : postérieur, antérieur, inférieur.

*Face externe.*

— Moins haute en avant qu'en arrière.

— Interrompue par une incision profonde dite scissure interlobaire. Cette scissure commence à la partie tout à fait postérieure et supérieure du poumon, au niveau par conséquent de son bord postérieur, près du sommet. Elle parcourt ensuite la face externe, s'enfonçant à travers la substance pulmonaire jusqu'au niveau du pédicule de l'organe.

Sa partie terminale diffère suivant que l'on considère le poumon gauche ou le poumon droit.

A gauche elle aboutit au-dessus de l'angle antéro-inférieur, intéressant par conséquent la partie inférieure du bord antérieur.

A droite elle se divise au niveau de la partie moyenne de la face externe en deux branches dont l'une aboutit également au niveau de l'angle antéro-inférieur, tandis que l'autre se dirige obliquement en avant et un peu en haut pour aboutir à la partie moyenne du bord antérieur.

Ces scissures séparent :

Le poumon gauche en deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur.

Le poumon droit en trois lobes : supérieur, moyen, inférieur.

*Face interne.*

Excavée dans les deux-tiers antérieurs et se moulant sur le cœur. La dépression logeant le cœur est plus marquée sur le poumon gauche que sur le poumon droit.

Dans son tiers postérieur, présente des empreintes dues au passage et à la pression des organes du médiastin postérieur.

Entre ses deux portions est le Hile pulmonaire occupant à peu près les deux-tiers inférieurs de la hauteur totale de la face interne ayant la forme, à gauche, d'une raquette ; à droite, d'un rectangle.

C'est l'endroit par où pénètrent ou sortent les branches, vaisseaux, nerfs, etc.

*Sommet.*

Comprenant toute la partie du poumon sus-

jacente à un plan horizontal passant par le bord supérieur de la deuxième côte.

Convexe, creusé en haut d'une gouttière par le passage de l'artère sous-clavière, et en dehors d'une seconde gouttière par la pression de la seconde côte ; en dedans, nouvelle gouttière due à l'artère sous-clavière, et aussi au tronc veineux brachio-céphalique à droite.

*Base.*

Concave, regardant en bas, en avant et en dedans, et se moulant sur la partie latérale du diaphragme.

Forme en se rencontrant avec la face externe une lame qui, très mince, pénètre entre la paroi costale et le diaphragme.

*Bord antérieur.*

Formé par l'union de la face costale et de la face médiastine.

Mince, ondulé, présentant de petites incisures.

A droite, décrit une courbe allongée à convexité interne.

A gauche, échancré fortement au niveau du cœur. Au-dessous de l'échancrure cardiaque est une petite languette : lingula ou languette de Luschka.

*Bord postérieur.*

Répond à l'union de la face médiastine avec la face externe ou costale.

A la forme d'une crête surtout prononcée dans sa partie supérieure.

*Bord inférieur.*

Divisé en deux segments :

a) *Externe.*

Répondant à l'union de la face externe et de la base, mince, convexe, s'insinue dans le sinus costo-diaphragmatique,

b) *Interne.*

A l'union de la base avec la face interne.

Dirigé d'avant en arrière en suivant la ligne d'insertion au diaphragme du sac fibreux du péricarde.

## Rapports.

FACE EXTERNE.

*En arrière.*

Face latérale des vertèbres et des disques intervertébraux thoraciques.

Tête et col des côtes.

Extrémité postérieure des espaces intercostaux.

*Au milieu.*

Face interne des côtes.

Face interne des muscles intercostaux internes.

Plus superficiellement, espaces intercostaux et leur contenu.

*En avant.*

Se rapproche de la ligne médiane et du sternum.

— Cartilages costaux.

— Muscle triangulaire du sternum.

FACE INTERNE.

Deux-tiers antérieurs.

— Cœur, entouré de son sac séreux et de son sac fibreux constituant ensemble le péricarde.

Les rapports du cœur avec le poumon gauche sont plus intimes à cause de la direction même du cœur.

— Thymus chez l'enfant et ses vestiges chez l'adulte.

— Entre le cœur et la face interne du poumon.

— Nerf phrénique.

— Vaisseaux diaphragmatiques supérieurs.

— Près du poumon droit, veine cave supérieure.

Tiers postérieur.

*A gauche.*

*En haut.*

Crosse de l'aorte.

Partie initiale de la portion thoracique de l'aorte.

*En bas.*

Œsophage.

*A droite.*

*En haut.*

— Crosse de la veine grande azygos.

— Portion initiale de l'œsophage.

Dans la partie médiane : Hile.

*En arrière.*

— Bronches, artères bronchiques, nerfs pulmonaires.

*Au milieu.*

Branches de l'artère pulmonaire.

*En avant et au-dessous.*

Branches des veines pulmonaires.

*Dans les intervalles.*

Vaisseaux lymphatiques et ganglions.

Tissu cellulaire.

Entourant le tout, la plèvre, se continuant en bas vers le diaphragme et formant le *ligament pulmonaire.*

Sommet.

*En dedans.*

— Artère sous-clavière.

— Veine sous-clavière.

*A droite* (outre les vaisseaux sous-claviers).

Tronc veineux brachio-céphalique droit.

*En haut.*

— Déborde la clavicule et peut être ausculté et percuté dans le fond du creux sus-claviculaire avec lequel il se met en contact.

— Branches inférieures du plexus brachial.

— Ganglion cervical inférieur du grand sympathique.

— Origine des artères vertébrale, intercostale, supérieure et mammaire interne.

*De plus, à gauche.*

— Terminaison du canal thoracique.

Base.

Diaphragme, et au-dessous du diaphragme :

*A droite.*

— Lobe droit du foie.

*A gauche.*

— Lobe gauche du foie.

— Grosse tubérosité de l'estomac.

— Rate.

Est plus ou moins élevée suivant l'état d'inspiration ou d'expiration.

Bord antérieur.

*A droite.*

— Passe en arrière de l'articulation avec le sternum du second cartilage costal.

Dépasse la ligne médiane, suit la face postérieure du sternum jusqu'au niveau de l'extrémité sternale du cinquième cartilage costal droit.

S'incline ensuite en dehors pour rejoindre le bord inférieur.

*A gauche.*

A tout d'abord, une direction analogue à celle du côté droit, et gagne la face postérieure du sternum, puis au niveau du quatrième cartilage costal se dirige en dehors, refoulé par le cœur revient

ensuite légèrement en dedans (lingula) et s'incline définitivement en dehors pour rejoindre le bord inférieur.

Bord postérieur.

Correspond à la rencontre des faces latérales et des faces antérieures des vertèbres thoraciques.

Bord inférieur.

a) *Segment externe.*

Logé dans le sinus costo-diaphragmatique.

b) *Segment interne.*

En rapport en avant avec le cœur et le sac fibro-séreux du péricarde.

— En arrière, avec les organes du médiastin postérieur, œsophage, aorte, allant traverser le diaphragme.

Ces rapports, sauf ceux du hile pulmonaire, ne sont que des rapports médiats.

En effet, le poumon est entouré d'un sac séreux, *la plèvre;* composé de deux feuillets, l'un viscéral, l'autre pariétal qui s'interposent entre la surface pulmonaire et les organes voisins.

Au niveau du hile seul les rapports sont immédiats. Là, la plèvre s'arrête et se réfléchit le long du pédicule, laissant le passage libre aux organes du hile qui entrent dans le poumon (bronches, artères pulmonaires, artères bronchiques, nerfs pulmonaires) ou qui en sortent (veines pulmonaires, lymphatiques, veines bronchiques).

# HÉMOPTYSIES

On nomme hémoptysie le rejet par l'expectoration du sang épanché dans les voies aériennes, qu'il provienne de l'appareil respiratoire ou d'un organe voisin.

**Description.**

Doit être faite assez rapidement.

Début.

*a*) Tantôt brusque, le sang vomi à la fois par la bouche et le nez au milieu de quintes de toux.

*b*) Tantôt avec signes prémonitoires :

— Signes de congestion pulmonaire (dyspnée, malaise général).

— Saveur de sang dans la bouche.

— Toux sèche avec crachats striés de filets de sang.

Hémoptysie proprement dite.

Le sang est rejeté en quantité variable (de quelques gouttes à 100 et même 500 grammes).

— Soit par expectoration.

— Soit par expuition.

— Soit par vomissements à flots.

Ce sang est rutilant ou foncé, spumeux ou non.

L'hémoptysie présente en outre :

1. *Des signes généraux.*

*a*) Les uns d'ordre purement moral (angoisse, pâleur, lypothimie, syncope).

*b*) Les autres en rapport avec l'affection causale (fièvre, etc.) et avec l'abondance de l'hémorrhagie (signes d'anémie).

2. *Des signes fonctionnels.*

Toux, points de côté, chaleur intra-thoracique.

3. *Des signes physiques.*

Peu importants en dehors de ceux préexistants. Râles à bulles variables ; sibilances.

Marches.

Variable selon la cause : unique, répétée, périodique.

S'arrête, en général, d'elle-même ou sous l'influence d'un traitement approprié. Quelquefois mort par syncope ou asphyxie.

## Etiologie.

*A*. Hémoptysies par excès de tension vasculaire.

Les unes se produisent par phénomène actif de fluxion ou par hypertension artérielle.

Ce sont les hémoptysies de :

— Certains cardiaques (aortiques).

— Des scaphandriers, aéronautes.

— Les hémoptysies dites supplémentaires se substituant à un flux préexistant (règles, hémorrhoïdes, épistaxis).

Les autres au contraire par phénomène passif de stase :

— Hémoptysies des autres cardiaques (affections mitrale ou tricuspide).

*B*. Hémoptysies par altérations des parois vasculaires.

De beaucoup les plus importantes.

En dehors des hémoptysies traumatiques, succédant soit à une contusion, une plaie de poitrine, une fracture de côtes, ou à la présence de corps étrangers

des voies aériennes, ou à l'aspiration de gaz irritants (iode, brome, chlore), cette classe renferme surtout celles de cause organique.

Ces dernières ont pour cause des affections :

1. *Des voies aériennes.*

Ulcérations, polypes, tumeurs du larynx ou de la trachée.

2. *Des bronches ou du poumon.*

Dilatation des bronches, cancer du poumon (sang en gelée de groseille), gangrène pulmonaire.

Mais c'est surtout la tuberculose pulmonaire qui en sera la cause. C'est en effet de beaucoup la cause la plus fréquente.

— Tantôt survenant à la première ou à la deuxième période ; c'est une hémoptysie par rupture des artères bronchiques (hémoptysie par congestion et rupture de vaisseaux altérés par l'envahissement de cellules embryonnaires.

— Tantôt survenant à la période des cavernes par rupture des anévrysmes de Rassmüssen développés sur les branches de l'artère pulmonaire. Hémoptysies rares, mais graves, abondantes, parfois foudroyantes, par opposition à celles du début, bénignes en général.

3. *Juxta-pulmonaires.*

Ouverture dans les voies aériennes d'anévrysmes (en particulier de la crosse de l'aorte).

*C.* Hémoptysies dans les maladies générales ou dyscrasiques.

Dans les maladies infectieuses à forme hémorrhagique (fièvres éruptives, variole, purpura, fièvre typhoïde, fièvre jaune). Et dans certains états dyscrasiques spéciaux (scorbut, leucémie, hémophilie).

**Diagnostic.**

1. Différentiel.

Ne pas confondre avec :

— *Stomatorrhagie.*

Pas de toux à moins de décubitus.
Examen de la bouche, des gencives.

— *Epistaxis postérieure.*

Sang noir, non aéré ; examen du pharynx.

— *Hématémèse.*

En général sang noir, en partie coagulé, mêlé d'aliments expulsés par vomissements, selles sanglantes (mélæna). Pas de dyspnée. Quelquefois du reste fort difficile.

2. Etiologique.

En général facile ; évident dans la plupart des cas (tuberculeux, cardiaques).

— *Sinon on tiendra compte :*

— Des caractères de l'hémoptysie (sang aéré, spumeux, vermeil chez les tuberculeux ; noir, visqueux chez les cardiaques).

— Des conditions dans lesquelles elle est survenue (traumatismes, grossesse).

— Des antécédents du malade.

— *On pensera surtout :*

— Chez un sujet jeune, à la tuberculose ou au rétrécissement mitral.

— Chez l'adulte, à la tuberculose, à une affection aortique, à la dilatation des bronches.

— Chez le vieillard, où elle est rare du reste, à un cancer ou à une affection cardiaque.

— Chez un fébricitant, à de la congestion pulmonaire, à une pneumonie, etc.

L'hémoptysie tuberculeuse devra être particulièrement cherchée (recherche du bacille de Koch) ; et on devra toujours la craindre en présence d'hémoptysies

qu'on qualifie de supplémentaires, hystériques ou arthritiques.

**Pronostic.**

Variable selon la quantité et surtout la cause.

**Traitement.**

1. Symptomatique.

Le malade doit rester immobile.

Boissons glacées. Diète.

Opium par petites doses répétées pour supprimer la toux.

Injections d'ergotine.

L'ipéca à doses nauséeuses réussit fort bien.

2. Etiologique.

---

# SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE A LA TROISIÈME PÉRIODE

La tuberculose pulmonaire peut revêtir trois grandes modalités.

1. La plus fréquente de toutes est *la phthisie ulcéreuse chronique commune*, dans laquelle les tubercules se développant tout d'abord au sommet du poumon, l'envahissent peu à peu en entier, se rejoignent, se ramollissent, s'évacuent, laissant à leur place des cavités suppurantes, les cavernes pulmonaires.

Aussi cette évolution a fait diviser la marche de cette forme en trois périodes :

*a*) Période de germination et d'agglomération des tubercules.

*b*) Période de ramollissement.

*c*) Période des cavernes.

Ce sont les symptômes de la troisième période, période de formation des cavernes, que nous devons seuls étudier.

2 et 3. Dans les deux autres modalités de la tuberculose pulmonaire, en effet, l'évolution est différente.

Dans *la tuberculose miliaire aiguë*, la mort survient par intoxication avant que les granulations aient le temps de se caséifier.

Dans la *tuberculose aiguë pneumonique, pneumonie caséeuse,* l'infiltration en masse amène l'asphyxie, et si par exception une caverne a le temps de se former, la symptomatologie ne diffère pas de la forme commune.

## Symptômes.

1. Commémoratifs et aspect général du sujet.

Doivent tenir une place importante dans l'examen du malade, et appellent d'emblée l'attention du médecin sur l'appareil pulmonaire, lui faisant presque à coup sûr diagnostiquer la tuberculose.

*a*) Malade se plaignant d'une bronchite dont le début remonte à plusieurs années, ou à quelques mois (phthisie aiguë).

*b*) Ayant présenté quelques-uns des *signes fonctionnels et généraux habituels* (fièvre, sueurs nocturnes, diarrhée, hémoptysies, accompagnant une bronchite persistante avec expectoration).

*c*) Ayant ou non *des antécédents suspects* (parents morts poitrinaires, enfants ayant succombé à une méningite).

*d*) Sans oublier non plus des *antécédents personnels* (bronchites répétées, laryngites fréquentes, coxalgie).

*e*) Enfin *son habitus général* est le plus souvent caractéristique. En plus en effet du type spécial des prédisposés à la tuberculose (blonds aux cheveux longs et soyeux, sclérotique bleutée, etc.), on constate à cette période :

— Amaigrissement considérable portant surtout sur le thorax (scapulæ alatæ).

— Pommettes saillantes, yeux excavés, doigts hippocratiques.

Il est alors nécessaire d'entrer dans l'examen complet du malade, de son appareil pulmonaire en particulier.

Les symptômes qu'il présente peuvent être rangés en 3 catégories : physiques, fonctionnels, généraux.

1. Signes physiques.

a) *Inspection.*

— Amaigrissement thoracique.

— Dépression de la paroi, surtout dans la ré-

gion sous-claviculaire (bon signe cavitaire, Hérard et Cornil).

b) *Palpation.*

Le plus souvent augmentation des vibrations thoraciques. Parfois cependant elles sont abolies si la cavité est très superficielle.

c) *Percussion.*

— Matité.

— Quelquefois cependant, si grande cavité ayant plus de 6 centimètres de diamètre, vide, et à parois sclérosées, on a :

— Son amphorique.
— Bruit de pot fêlé de Laennec.
— Bruit d'airain.

— La tonalité peut enfin varier suivant la position du malade (assis ou couché) et surtout suivant que la bouche est ouverte ou non.

d) *Auscultation.*

— Respiration caverneuse avec souffle cavitaire métallique, parfois tubaire ou même amphorique.

— Râles humides pouvant produire un véritable gargouillement.

— Retentissement caverneux de la voix, et principalement de la toux qui déchire l'oreille d'une façon presque caractéristique.

— Pectoriloquie aphone.

Tous ces signes siègent le plus souvent au sommet de l'un ou des deux poumons ; ils sont perçus parfois seulement en arrière ou en avant, peuvent être « croisés » ou coexister avec des signes (craquements, souffles) qui indiquent une tuberculisation moins avancée d'autres lobes pulmonaires.

2. Signes fonctionnels.

— *Toux,*

Quinteuse, souvent incessante, amenant des vomissements (toux émétisante), empêchant le sommeil.

— *Expectoration.*

Abondante. Crachats verdâtres, nummulaires, nageant dans un liquide clair visqueux.

— *Dyspnée.*

— *Hemoptysie.*

Rare, mais grave, résultant alors de la rupture d'un anévrysme de Rassmüssen.

3. Signes généraux.

Fièvre irrégulière, parfois hectique. Anorexie, amaigrissement, sueurs, diarrhée, etc. En un mot, cachexie progressive.

## Evolution.

Mort dans le marasme, précédée de l'œdème cachectique, parfois de phlegmatia, muguet, etc. Souvent rémission et sorte de bien-être au moment où le malade meurt plein encore d'illusions.

Guérison rare mais possible (momentanée ou définitive), dans le cas de lésions minimes bien limitées à un sommet, de petite caverne à parois sclérosées, chez individus dont l'état général est resté excellent.

## Complications.

Citer seulement les plus fréquentes :

— Pneumothorax.
— Laryngite tuberculeuse.
— Entérite.
— Méningite, etc.

## Diagnostic.

*Y a-t-il caverne pulmonaire?*

Des signes pseudo-cavitaires peuvent en effet être donnés par :

— *Compressions bronchiques* (ganglionnaires surtout).

— *Epanchement pleural* (souffle).

— *Pneumothorax partiel* (début brusque, abolition des vibrations et cependant tympanisme).

— *Dilatation bronchique.*

*Est-elle tuberculeuse?*

Des affections autres que la tuberculose causent parfois des cavernes pulmonaires.

— *Gangrène pulmonaire* (marche aiguë, expectoration en trois couches, pathognomonique).

— *Syphilis pulmonaire* (antécédents, traitement spécifique).

— *Abcès du poumon* (vomique).

Et plus rarement :

— *Kyste hydatique;*

— *Cancer pulmonaire.*

— *Apoplexie pulmonaire.*

En général du reste le diagnostic sera aisé; s'il y avait la moindre hésitation, la recherche du bacille de Koch dans les crachats viendrait trancher la question.

---

# BRONCHITE AIGUE

La bronchite aiguë est l'inflammation catarrhale des grosses et moyennes bronches ; elle est souvent associée à l'inflammation de la trachée (trachéo-bronchite) et même dans quelques cas c'est la trachéite qui est dominante. Souvent la trachéo-bronchite est précédée de laryngite (Dieulafoy).

## Etiologie.

Toujours secondaire :

1. A UNE INFECTION.

a) *Primitive.*

C'est l'ancienne bronchite a frigore.

b) *Comme début d'infection dans diverses maladies infectieuses spécifiques.*

Rougeole, variole, érysipèle, coqueluche, typhoïde, grippe, etc.

c) *Succédant surtout à une infection secondaire au cours des mêmes maladies infectieuses.*

2. A UNE INTOXICATION.

a) *Médicamenteuse.*

En particulier par l'usage d'iodures ou de bromures.

b) *Diathésique.*

Chez les albuminuriques, les goutteux, les arthritiques.

3. A UN TRAUMATISME.

Lequel du reste agit surtout en facilitant l'infection de la muqueuse bronchique irritée.

Poussières, vapeurs irritantes.

## Anatomie pathologique.

Dire seulement que : au début, il y a de la rougeur de la muqueuse hypérémiée. Cette muqueuse s'épaissit, se ramollit et devient friable. Survient alors la diapédèse des leucocytes. Plus tard des modifications cellulaires de la muqueuse se feront ; l'épithélium pourra tomber donnant à la muqueuse un aspect dépoli et irrégulier.

Les glandes enfin deviennent plus saillantes et sécrètent une plus grande quantité de mucus qu'à l'état normal.

## Symptomatologie.

Il est classique de prendre comme type de description la bronchite aiguë a frigore, assez intense, et de diviser son évolution en périodes de début, de crudité, de coction.

DÉBUT.

Succédant en général à un coryza (rhume tombé sur la poitrine), elle débute par :

a) *Des symptômes généraux atténués.*

Malaise général avec céphalalgie, frissons, élévation thermique légère, et quelques troubles gastro-intestinaux (langue saburrale, anorexie, constipation).

b) *Des symptômes fonctionnels.*

Sensation de brûlure rétro-sternale, la toux commence, quinteuse, fatigante.

c) *Et fort peu de signes physiques.*

Quelques râles ronflants et sibilants très disséminés.

PÉRIODE INFLAMMATOIRE ; DITE DE CRUDITÉ.

Dès le deuxième jour.

a) *Signes fonctionnels.*

*Toux.*

Sèche, quinteuse, déchirante, déterminant des douleurs vives au niveau des insertions des muscles intercostaux et du diaphragme ; parfois accompagnée de vomissements alimentaires.

— *Dyspnée.*

Rare et légère, n'existe que lorsque les petites bronches se prennent.

— *Expectoration.*

Crachats muqueux, transparents, visqueux, difficiles à expulser.

b) *Signes physiques.*

Rien à l'inspection, ni à la percussion, ni à la palpation. Cette dernière permet cependant parfois de percevoir certains râles sonores sous forme de vibrations tactiles (râle palpable).

A l'auscultation on entend des râles secs ou sonores. Ces râles sont de deux ordres, les uns ronflants (viennent des grosses bronches), les autres sibilants (des petites).

Ils s'entendent aux deux temps de la respiration et sont peu modifiés par la toux.

Ils sont symétriques et prédominent dans les régions postéro-inférieures du poumon.

c) *Signes généraux.*

Les mêmes qu'au début ; un peu de fièvre le soir. Ils vont s'atténuer à la fin des trois ou cinq jours que dure cette période.

Période de coction.

La fièvre tombe, les symptômes généraux, les phénomènes douloureux s'amendent. L'expectoration augmente, elle devient muco-purulente (opaque avec des parcelles jaunâtres ou verdâtres). En même temps râles sonores et râles humides surtout (muqueux et sous-crépitants).

Du dixième au quinzième jour la maladie est terminée ; l'expectoration muco-purulente seule peut persister pendant quelque temps.

Forme légère.

La plus fréquente. C'est le simple rhume. Presque apyrétique en général, avec toux sèche, quinteuse, douloureuse, pendant deux jours, puis toux grasse, crachats épais et guérison totale en huit jours.

**Pronostic.**

Bénin, sauf chez :

Les enfants (bronchite capillaire).
Les vieillards.
Les cardiaques (asystolie).
Les albuminuriques.
Les bossus (dont le champ respiratoire est toujours fort rétréci et qui feront facilement de l'asphyxie).

**Diagnostic.**

Facile. Surtout distinguer la bronchite simple a frigore des formes secondaires (bronchite de la rougeole, grippe) etc.

**Traitement.**

Si bronchite légère, éviter le froid et l'humidité et prendre des boissons chaudes. Si bronchite intense, séjour à la chambre, teinture d'iode ou ventouses sur le thorax ; boissons chaudes alcoolisées, potions calmantes (opium, aconit, belladone) ; inhalations médicamenteuses (menthol, eucalyptus).

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.**

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : **I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main.** PATHOLOGIE : **I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.**

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : **I. Muscles lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude.** PATHOLOGIE : **I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.**

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : **I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire.** PATHOLOGIE : **I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.**

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.**

*Fascicule XXIX.* — Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 32**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Cartilages et muscles du larynx.** |
| II. | — . . . | **Rapports de l'estomac.** |
| III. | — . . . | **Duodénum.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Signes et diagnostic du croup.** |
| II. | — . . . | **Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour 20 fascicules . . . . . | 10 fr. »» | 12 fr. »» |
| — 40 — . . . . . | 18 fr. »» | 22 fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 32*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. — II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.— III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

# CARTILAGES ET MUSCLES DU LARYNX

**Définition.**

Le larynx est une des portions principales de l'appareil respiratoire. Interposé sur le trajet du courant aérien il préside à la phonation.

**Situation.**

A la partie moyenne et antérieure du cou, au-dessous de l'os hyoïde et de la base de la langue, au-dessus de la trachée, en avant du pharynx. Il est recouvert en avant par les muscles sous-hyoïdiens, l'aponévrose du cou et la peau.

Il communique en haut avec une cavité commune aux voies respiratoires et digestives où passe l'air pour aller des fosses nasales vers le larynx et le bol alimentaire pour aller de la bouche vers le pharynx.

**Constitution.**

Le larynx est un organe ayant besoin d'une grande solidité et d'une rigidité assez marquée. Aussi est-il en partie composé de portions solides : les cartilages du larynx qui constituent son squelette. Ces cartilages sont unis entre eux par des articulations au niveau de leurs différents points de contact et par des membranes qui les unissent à distance. Enfin ces cartilages se meuvent les uns sur les autres, grâce à des muscles qui vont de l'un à l'autre : les muscles du larynx.

*A*. Cartilages du larynx.

Au nombre de trois principaux.

Deux médians impairs et symétriques : cartilages thyroïde et cricoïde.

Deux latéraux : cartilages aryténoïdes.

a) *Cartilage thyroïde.*

*Situation.*

— A la partie antérieure et supérieure du larynx.

*Forme.*

— Angle dièdre, saillant en avant. Composé de deux moitiés symétriques s'unissant l'une à l'autre sur la ligne médiane.

*Description d'une des moitiés.*

Quadrilatère.

*Face externe.*

Parcourue par une ligne fibreuse, *ligne oblique*, renflée à ses deux extrémités en tubercules et dirigée d'arrière en avant et de haut en bas, de l'angle postéro-supérieur, vers la partie médiane du bord inférieur. Sur cette ligne s'insèrent les muscles thyro-hyoïdien et sterno-thyroïdien.

*Face interne.*

Plane, en rapport en bas et en arrière avec le muscle crico-aryténoïdien latéral, — en haut avec la muqueuse pharyngienne.

*Bord supérieur.*

En forme d'*S* italique. Donne attache à la membrane thyro-hyoïdienne.

*Bord inférieur.*

— Ayant également la forme d'un *S* italique.

— Présente sur la partie

moyenne le tubercule inférieur appartenant à la ligne oblique.

— Donne insertion au muscle crico-thyroïdien.

*Bord postérieur.*

Rectiligne.

Insertion : muscle stylo-pharyngien ; muscle pharyngo-staphylin.

Au point d'union du bord supérieur et du bord postérieur, le cartilage thyroïde se prolonge formant la *corne supérieure* ou grande corne, dirigée en haut et en arrière, donnant insertion par ses extrémités au ligament thyro-hyoïdien latéral.

Au point d'union du bord postérieur avec le bord inférieur ; le cartilage forme un nouveau prolongement dirigé en bas : *petite corne* s'articulant avec le cartilage cricoïde.

Les deux portions absolument identiques qui constituent le cartilage thyroïde s'unissent l'une à l'autre sur la ligne médiane par leur bord antérieur.

A ce niveau elles donnent insertion en arrière au muscle thyro-aryténoïdien compris dans les cordes vocales et en avant elles font une forte saillie sur la peau.

b) *Cartilage cricoïde.*

Forme la portion inférieure et postérieure du larynx.

*Forme.*

Annulaire, très élargi en arrière.

α) *Surface externe.*

Convexe dans la moitié antérieure.

Insertion : muscle crico-thyroïdien.

Plane dans la moitié postérieure.

— Crête médiane.

— De chaque côté dépression donnant insertion au muscle crico-aryténoïdien.

A l'union de ces deux moitiés une facette articulaire avec la petite corne du cartilage thyroïde.

β) *Surface interne.*

A la forme d'un entonnoir à sommet supérieur tronqué.

γ) *Circonférence inférieure.*

En rapport avec le premier anneau de la trachée.

δ) *Circonférence supérieure.*

Sur les parties latérales :

Insertion : muscle crico-aryténoïdien latéral.

Sur les parties postérieures :

— Facettes articulaires, ovalaires avec les cartilages aryténoïdes.

c) *Cartilages aryténoïdes.*

*Forme.*

— Petite pyramide triangulaire recourbée d'avant en arrière sur son axe.

α) *Face postérieure.*

— Concave.

— Apophyse musculaire.

β) *Face antéro-externe.*

— Apophyse vocale.

— Deux fossettes donnant insertion :

— Muscle thyro-aryténoïdien.

— Corde vocale supérieure.

— Une crête : crête arquée de Luschka, sépare ces deux fossettes.

γ) *Face interne.*

— Plane.

δ) *Base.*

— S'articule par une facette avec le bord supérieur du cartilage cricoïde.

d) *Cartilages corniculés.*

Ce sont de petits noyaux cartilagineux surmontant l'angle supérieur du cartilage aryténoïde.

Les cartilages du larynx s'ossifient entre 50 et 70 ans.

A ces cartilages sont adjoints des fibro-cartilages dont un seul est important : l'*épiglotte* située au-dessus et en avant de la cavité du larynx.

*Forme.*

— Triangulaire à base arrondie, supérieure, s'attachant par son sommet dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde.

Peut pendant la déglutition se rabattre sur la cavité du larynx et oblitérer la glotte.

Ces différents cartilages sont unis entre eux :

1. Au niveau de leur point de contact par de véritables articulations avec capsule, ligament et synoviale.

α. *Articulations thyro-cricoïdiennes.*

Entre les petites cornes du cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde.

β) *Articulations crico-aryténoïdiennes.*

Entre le cartilage aryténoïde et la partie postérieure du bord supérieur du cartilage cricoïde.

2. A distance, par des membranes allant de l'un à l'autre.

α) *Membrane thyro-hyoïdienne.*

Renforcée par les ligaments thyro-hyoïdiens médians et latéraux.

β) *Membrane crico-thyroïdienne.*

γ) *Ligament crico-trachéal antérieur.*

Ces cartilages se meuvent les uns sur les autres par l'intermédiaire de muscles dits : muscles intrinsèques du larynx.

*B.* Muscles du larynx.

a) *Muscle crico-thyroïdien.*

*Situation.*

— A la partie antéro-latérale du larynx.

*Forme.*

— Allongé, épais, quadrilatère.

*Insertions.*

*Inférieure.*

— Partie convexe du cartilage cricoïde.

*Supérieure.*

— Bord inférieur du cartilage thyroïde.

— Partie correspondante de la face interne.

— Partie antérieure et sommet de la petite corne.

Les fibres se dirigent d'autant plus obliquement, en haut et en arrière, qu'elles sont plus externes.

*Rapports.*

Recouvre la partie antéro-latérale du cartilage cricoïde.

b) *Muscle crico-aryténoïdien postérieur.*

*Situation.*

— A la partie postérieure du larynx.

*Forme.*

— Aplati, triangulaire.

*Insertions.*

*Inférieure.*

— Fossette du cartilage cricoïde.

*Supérieure.*

— (Par un tendon) apophyse musculaire du cartilage aryténoïde.

Fibres internes sont dirigées presque horizontalement en dehors.

Fibres externes presque verticalement en haut.

Fibres moyennes obliquement en haut et en dehors.

*Rapports.*

En arrière : muqueuse du pharynx.

c) *Muscle crico-aryténoïdien latéral.*

*Situation.*

Au-dessus des parties latérales du bord supérieur du cartilage cricoïde. En dedans du cartilage thyroïde.

*Forme.*

Aplati et triangulaire.

*Insertions.*

*Antérieure.*

Bord supérieur du cartilage cricoïde entre la facette thyroïdienne et le ligament thyro-cricoïdien médian.

*Postérieure.*

Apophyse musculaire des cartilages aryténoïdes.

*Rapports.*

*En dehors.*

— Face interne du cartilage thyroïde.

*En dedans.*

— Ligament thyro-aryténoïdien inférieur.

*En haut.*

— Muscle thyro-aryténoïdien.

d) *Muscle thyro-aryténoïdien.*

*Situation.*

— Sous la muqueuse du larynx dans l'épaisseur des cordes vocales inférieures.

*Forme.*

— Quadrilatère.

*Insertions.*

*Antérieure.*

— Moitié inférieure de l'angle rentrant du cartilage thyroïde.

— Bord inférieur du cartilage dans sa portion moyenne.

— Partie la plus élevée du ligament crico-thyroïdien médian.

*Postérieure.*

— Fossette inférieure de la face antérieure du cartilage aryténoïde.

— Bord externe du cartilage aryténoïdien.

— Replis aryténo-épiglottiques étendus du cartilage aryténoïde à l'épiglotte.

*Rapports.*

*En dedans.*

Ligament thyro-aryténoïdien inférieur.

A ce niveau, le muscle thyro-aryténoïdien contribue par ses faisceaux inférieurs à former la corde vocale inférieure.

e) *Muscle aryténoïdien.*

*Situation.*

Entre les deux cartilages aryténoïdes.
Composé de trois faisceaux :

— Deux aryténoïdiens obliques.
— Un aryténoïdien transverse.

α) *Muscles aryténoïdiens obliques.*

*Insertions.*

*Supérieure.*

Sommet d'un cartilage aryténoïde.

*Inférieure.*

Apophyse musculaire de l'aryténoïde opposé.

Ces deux faisceaux se croisent en X.

β) *Muscle aryténoïdien transverse.*

Plus profond que les précédents.
Va du bord externe d'un aryténoïde au bord externe de l'aryténoïde opposé.

## Irrigation des muscles du larynx.

Artères laryngées supérieure et inférieure : branches de l'artère thyroïdienne supérieure.
Artère laryngée postérieure : branche de l'artère thyroïdienne inférieure.

## Innervation des muscles du larynx.

Muscle crico-thyroïdien :

Nerf laryngé externe : branche du nerf laryngé supérieur issu du pneumogastrique.

Les autres muscles sont tous innervés par le nerf laryngé inférieur ou récurrent, branche du pneumogastrique naît à l'entrée de ce tronc nerveux dans le thorax.

## Action des muscles du larynx.

Muscle crico-thyroïdien :

Fait basculer en avant le cartilage thyroïde. Tension des cordes vocales.

Muscle crico-aryténoïdien latéral :

Rapproche l'une de l'autre les apophyses vocales des cartilages aryténoïdes. Constriction de la glotte.

Muscle thyro-aryténoïdien :

Epaissit la corde vocale et resserre par conséquent l'orifice glottique.

Muscle aryténoïdien :

Rapproche l'un de l'autre les cartilages aryténoïdes et resserre la glotte.

Tous ces muscles sont constricteurs de la glotte. Un seul est dilatateur et éloigne l'un de l'autre les cartilages aryténoïdes : c'est le muscle crico-aryténoïdien postérieur.

# RAPPORTS DE L'ESTOMAC

**Définition.**

L'estomac est la portion du tube digestif intermédiaire à l'œsophage et à l'intestin grêle. C'est une portion dilatée où les aliments ingérés subissent par l'action du suc gastrique une des élaborations nécessaires à leur absorption.

**Situation.**

Dans la cavité abdominale et dans l'étage supérieur ou sus-mésocôlique de cette cavité. Cet étage est limité : en haut par le diaphragme ; en bas, par le mésocôlon transverse tendu horizontalement entre la paroi abdominale postérieure et le colon transverse, voisin de la paroi abdominale antérieure.

*En avant.*

Par la partie supérieure des muscles formant la paroi antéro-latérale de l'abdomen et les dernières côtes et cartilages costaux.

*En arrière.*

Par la colonne vertébrale, le muscle psoas iliaqne et le muscle carré lombaire.

Dans cet étage l'estomac occupe la partie gauche, tandis que le foie occupe la partie droite.

**Configuration externe.**

L'estomac a la forme d'un cône vertical à base supérieure arrondie, sommet inférieur légèrement recourbé vers la droite et en arrière (Poirier, Jonnesco).

*Deux parois.*

Antérieure et postérieure dans les deux-tiers supérieurs.

Devenant légèrement supérieure et inférieure dans le tiers inférieur.

*Deux bords.*

Droit ou *petite courbure,* décrivant une légère courbe à concavité tournée à droite et en haut.

Gauche ou *grande courbure,* décrivant une forte courbe à convexité dirigée à gauche.

*Deux orifices.*

Le *cardia* qui est l'orifice supérieur et par lequel l'œsophage débouche dans l'estomac.

Le *pylore* qui est l'orifice inférieur et par lequel l'estomac se continue avec le duodénum. Le pylore est précédé d'une portion de l'estomac qui va peu à peu en se rétrécissant jusqu'à lui : c'est le vestibule pylorique.

*Deux renflements.*

L'un supérieur : *grosse tubérosité* située sur le côté gauche du cardia et formant toute la portion supérieure de l'estomac.

L'autre inférieur qui est le point le plus déclive de l'estomac : *petite tubérosité.*

**Moyens de fixité.**

— Continuité avec l'œsophage en haut par l'intermédiaire du cardia.

— Continuité avec le duodénum en bas par l'intermédiaire du pylore. Le duodénum est fixé lui-même par le péritoine qui l'applique à la paroi postérieure de l'abdomen.

— Anses de l'intestin grêle formant une sorte de couronne soutenant l'estomac.

— Péritoine : formant sur la petite courbure de l'estomac un ligament par l'adossement de deux feuillets péritonéaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. Ce ligament ou *petit épiploon,* ou *ligament gastro-hépatique,* s'insère par son autre bord sur la face inférieure du foie au niveau du sillon

transverse et du sillon longitudinal. Au niveau de son bord adhèrent à la petite courbure les deux feuillets qui le constituent, se séparent et passent l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure de l'estomac.

Sur la grande courbure de l'estomac : trois ligaments qui sont de bas en haut :

a) *Ligament gastro-phrénique.*

Formé par le même procédé d'accollement et allant par son autre bord se terminer sur la concavité diaphragmatique.

b) *Ligament gastro-splénique.*

Allant par son autre bord jusqu'à la rate au niveau du hile, de laquelle il se termine. Par son bord splénique les deux feuillets qui le constituent se dédoublent pour entourer la rate.

c) *Ligament gastro-colique ou grand épiploon.*

Formé lui aussi de deux feuillets qui descendent entre la masse de l'intestin grêle et la paroi abdominale antérieure; arrivent jusqu'au voisinage de l'orifice supérieur du bassin et remontent vers le bord antérieur du colon transverse au niveau duquel ils se terminent en se soudant au mésocolon transverse.

**Rapports (proprement dits).**

*A.* Sauf au niveau de la grosse tubérosité, l'estomac est tapissé de péritoine.

Suivant le trajet de ce péritoine, nous le voyons dans le sens transversal venir de la face inférieure du foie, former la lame antérieure du petit épiploon, tapisser la paroi antérieure de l'estomac et arriver au niveau de la grande courbure où il se continue dans les feuillets antérieurs des ligaments gastro-phrénique, gastro-splénique et gastro-colique.

— Par l'intermédiaire du ligament gastro-phrénique il va ensuite tapisser la face inférieure du diaphragme dans sa partie gauche.

— Par l'intermédiaire du ligament gastro-splénique

il va tapisser la partie antérieure de la face interne de la rate, puis toute sa face externe.

— Par l'intermédiaire du ligament gastro-colique il descendra puis remontera vers le colon transverse.

Prenons maintenant le feuillet postérieur du petit épiploon qui vient aussi du foie ; nous le voyons tapisser la face postérieure de l'estomac, puis :

*En haut.*

Passe sur le diaphragme laissant une partie de la grosse tubérosité non recouverte du péritoine et en contact direct avec le diaphragme.

*A gauche.*

Passe dans le feuillet postérieur du ligament gastro-splénique et forme ensuite le revêtement de la face antérieure du pancréas.

*En bas.*

Forme le feuillet profond du grand épiploon dont nous avons vu le feuillet superficiel et remonte comme celui-ci vers le colon transverse.

*B.* Par l'intermédiaire du péritoine, l'estomac affecte avec les organes voisins les rapports suivants :

*Face antérieure.*

*Foie.*

*Lobe carré* du foie recouvrant la région pylorique.

*Lobe gauche* recouvrant la petite courbure et une partie de sa face antérieure.

*Partie inférieure de la cage thoracique.*

— Cartilages des cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième côtes gauches et espaces qu'ils limitent.

— Insertions costales du diaphragme se faisant par une série de digitations.

— Insertions costales du muscle transverse de l'abdomen.

*Partie supérieure de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.*

Muscle grand droit.

Aponévrose des grand oblique, petit oblique et transverse.

C'est en ce point que l'estomac est accessible au point de vue chirurgical.

*Face postérieure.*

*Rate.*

Par la portion antérieure de sa face interne qui porte une dépression imprimée par l'estomac.

*Angle gauche du colon.*

Formé par l'union du colon transverse, qui à ce niveau s'insinue derrière l'estomac, et du colon descendant.

*Quatrième portion du duodénum et angle duodeno-jéjunal.*

Séparé de l'estomac par le mésocolon transverse et situé dans l'étage sous-mésocolique de la cavité abdominale.

*Pancréas.*

Situé sur le même plan que le duodénum comprenant une portion sous-mésocolique formée par la tête et une portion sus-mésocolique en rapport plus direct avec l'estomac et formée par le corps et la queue qui le prolonge jusqu'au niveau du hile de la rate.

*Rein gauche.*

Situé plus profondément que les organes précédents, déprimé malgré cela par la pression de l'estomac (empreinte gastrique de His).

*Capsule surrénale gauche.*

Surmontant le rein et sur le même plan vertical que lui.

*Plus profondément.*

*Paroi abdominale postérieure.*

Colonne vertébrale dorso-lombaire (cinq dernières vertèbres dorsales et trois premières vertèbres lombaires).

Cinq dernières côtes.

Ligament lombo-costal de Henle situé entre la dernière côte et la colonne vertébrale.

Muscle psoas-iliaque.

Muscle carré des lombes.

*Bord droit.*

Forme la limite inférieure de l'*espace cœliaque* comprenant comme fond ces trois dernières vertèbres dorsales et la première vertèbre lombaire.

Comme contenu :

Les piliers du diaphragme.

La portion initiale de l'aorte abdominale, le tronc cœliaque qui se détache et les artères diaphragmatiques inférieures qui s'en détachent également.

La veine cave ayant en avant d'elle la veine porte, l'artère hépatique et les vaisseaux biliaires situés dans le petit épiploon.

La citerne de Pecquet, commencement du canal thoracique.

Le lobe de Spigel du foie.

*Bord gauche ou grande courbure.*

*Paroi thoracique latérale* dans sa partie inférieure depuis la sixième jusqu'à la dixième côte.

*Plus bas.*

*Mésocolon transverse* et au-dessous de lui paquet des *anses intestinales grêles.*

*Bord supérieur ou cardia.*

*En arrière.*

Flanc gauche de la dixième vertèbre dorsale.

Pilier gauche du diaphragme.

*En avant.*

Bord postérieur du foie.

*Orifice inférieur ou pylore.*

*En arrière.*

— Bord inférieur du corps de la première vertèbre lombaire.

*En avant.*

— Lobe carré du foie.

*Grosse tubérosité.*

Sans interposition du péritoine.

— Diaphragme.

Et par l'intermédiaire du diaphragme :

— Cœur, péricarde.

— Base du poumon gauche.

*Petite tubérosité.*

*En arrière.*

— Disque qui unit la troisième et la quatrième vertèbre lombaire.

## Vaisseaux.

### Artères.

*Artère coronaire stomachique.*

Branche du tronc cœliaque, suit le bord droit de l'estomac et s'anastomose au voisinage du pylore avec l'artère pylorique, branche de l'artère hépatique.

*Artère gastro-épiploïque droite.*

Branche de l'artère gastro-duodénale, branche elle-même de l'artère hépatique, suit la grande courbure, de droite à gauche et, vers la partie moyenne, s'anastomose avec :

*Artère gastro-épiploïque gauche.*

Branche de l'artère splénique et suivant la grande courbure de gauche à droite.

VEINES.

*Coronaire stomachique.*

Aboutissant à la veine porte.

*Gastro-épiploïque droite.*

Aboutissant également à la veine porte.

*Gastro-épiploïque gauche.*

Aboutissant à la veine splénique.

LYMPHATIQUES.

Accompagnant les vaisseaux sanguins et aboutissant en bas aux ganglions voisins de la tête du pancréas, en haut aux ganglions du petit épiploon, à gauche aux ganglions du hile de la rate.

**Nerfs.**

Fournis par le pneumogastrique gauche ; se ramifiant en plexus sur la face antérieure de l'estomac ;

Et le pneumogastrique droit, se ramifiant sur la face postérieure.

---

# DUODÉNUM

**Définition.**

Première portion de l'intestin grêle faisant immédiatement suite à l'estomac par l'intermédiaire du pylore.

**Situation.**

Dans la cavité abdominale, immédiatement au-devant de la paroi postérieure de l'abdomen, en arrière du paquet formé par les deux autres portions de l'intestin grêle et le gros intestin ; en arrière de l'insertion postérieure du mésentere et du mésocolon transverse ; au-dessous du diaphragme du foie et de l'estomac ; au-dessus de l'ouverture supérieure de la cavité pelvienne.

**Forme.**

Variable. Chez l'adulte dans la plus grande partie des cas. Forme ressemblant à la lettre U.

Ayant :

— Une première portion légèrement ascendante et très courte.

— Une deuxième portion descendante.

— Une troisième portion horizontale.

— Une quatrième portion ascendante.

Le point le plus bas de cette figure est formé par la branche horizontale et est situé au-devant de la quatrième vertèbre lombaire.

Quelquefois le duodénum a une autre forme, il est comparable à la forme de la lettre V. Ayant trois branches seulement, la branche horizontale précédente étant supprimée. Son point le plus bas correspond au corps de la cinquième vertèbre lombaire.

Enfin chez l'enfant le duodénum est circulaire, grâce à l'arrondissement des différents angles.

## Limites.

Quelle que soit la forme qui revêt le duodénum. Il commence au niveau du pylore par l'intermédiaire duquel sa cavité communique avec la cavité stomacale ; au niveau du flanc droit de la première vertèbre lombaire. Il se termine après un trajet long de 24 à 26 centimètres, au point même où commence le jéjunum dit angle duodéno-jéjunal. Ce point est situé sur le flanc gauche de la seconde vertèbre lombaire.

## Description et Rapports.

*Première portion* ; *ascendante ou sous-hépatique.*

Située au niveau du flanc droit de la première vertèbre lombaire ; dirigée légèrement en haut, en arrière et à droite.

*En avant.*

— Lobe carré du foie.
— Col de la vésicule biliaire.
— Branche hépatique droite de la veine porte.

*En arrière.*

— Tête du pancréas à laquelle elle adhère intimement sur une partie de son trajet.
— Tronc de l'artère hépatique et sa bifurcation.
— Tronc de la veine porte.
— Canaux biliaires.
— Veine cave inférieure.
— A ce niveau le duodénum limite en bas : la veine cave ; en arrière, la veine porte ; en avant, l'hiatus de Winslow ; donnant accès dans l'arrière-cavité des épiploons.

Cette première portion du duodénum est entourée du péritoine se continuant :

*En haut.*

Pour former le ligament duodéno-hépatique ; portion droite du petit épiploon.

*En bas.*

Pour former le ligament duodéno-colique ; portion droite du grand épiploon.

*Seconde portion : descendante ou Prérénale.*

Descend le long du flanc droit du corps des seconde, troisième, quatrième vertèbres lombaires.

*En avant.*

— Fond de la vésicule biliaire.
— Extrémité droite du colon transverse.
— Vaisseaux coliques droits supérieurs.
— Anses flottantes de l'intestin grêle.

*En arrière.*

— Vaisseaux renaux et spermatiques droits.
— Bassinet : uretère droit.
— Plus loin : muscle psoas, muscle carré des lombes.

*A droite.*

— Face interne du lobe droit du foie (empreinte duodénale de His).
— Colon ascendant.
— Bord interne du rein droit, hile rénal.

*A gauche.*

— Portion ascendante de la grande courbure de l'estomac.
— Canal pylorique.
— Tête du pancréas qui se moule sur le duodénum.

A ce niveau la paroi duodénale est traversée par la terminaison du canal cholédoque et du canal excréteur du pancréas qui viennent s'ouvrir dans sa cavité.

Cette portion du duodénum est recouverte en avant par le péritoine qui tapisse seulement sa face

antérieure, son bord droit et une légère partie de sa face postérieure.

En avant passe obliquement l'insertion du mésocolon transverse.

*Troisième portion : horizontale, prévasculaire.*

Située au-devant du corps de la quatrième vertèbre lombaire.

*En arrière.*

— Veine cave.

— Aorte abdominale et ses branches de bifurcation.

— Origine de l'artère mésentérique inférieure.

*En avant.*

— Racine du mésentère qui la croise de haut en bas et de gauche à droite.

— Vaisseaux mésentériques supérieurs.

— Anses flottantes de l'intestin grêle.

— Grande courbure de l'estomac qui en est tout à fait séparée par le mésocolon transverse.

*En haut.*

— Tête du pancréas.

Le péritoine recouvre seulement la paroi antérieure au-devant de laquelle passe la racine du mésentère.

4. *Portion ascendante.*

Située le long du flanc gauche des quatrième, troisième, deuxième vertèbres lombaires.

*En avant.*

— Anses flottantes de l'intestin grêle.

— Paroi postérieure de l'estomac.

*En arrière.*

— Vaisseaux rénaux et spermatiques gauches.

— Uretère gauche.

*Plus loin.*

— Pilier gauche du diaphragme.
— Muscle psoas gauche.

Chez l'enfant seulement cette portion du duodénum recouvre le hile du rein gauche.

*A droite.*

— Aorte.
— Racine du mésentère.
— Tête du pancréas.

*A gauche.*

— Assez loin : bord interne du rein gauche.
— Arc vasculaire de Treitz formé par l'entrecroisement de l'artère colique supérieure gauche et de la veine petite mésaraïque.

Le péritoine recouvre cette portion sur les deux-tiers externes de sa circonférence.

*Angle duodéno-jéjunal.*

Formé par l'abouchement du duodénum dans le jéjunum. Situé en général immédiatement au-dessous de la racine du mésocolon transverse.

*En arrière.*

— Pilier gauche du diaphragme.

*En haut.*

— Bord inférieur du corps du pancréas.
— Concavité de la crosse de la veine mésentérique inférieure.

*A gauche.*

— Bord interne du rein gauche.

*En avant.*

— Paroi postérieure de l'estomac.

Cet angle est maintenu fixe par l'insertion sur lui du *muscle de Treitz* qui prend son autre insertion sur le pilier gauche du diaphragme.

Au voisinage du duodénum, le péritoine forme des replis, ces replis limitent des fossettes et on a ainsi décrit des fossettes duodénales supérieure et inférieure

et une fossette duodéno-jéjunale qui sont constantes; des fossettes para-duodénale et rétro-duodénale qui sont inconstantes.

**Configuration interne.**

Lisse et unie sur la première portion.
Sur les autres portions :

— Valvules conniventes très développées.

— Glandes de Brünner ou glandes en grappes très volumineuses.

Abouchement sur la paroi interne de la portion descendante :

Du canal cholédoque et du canal de Wirsung dans l'ampoule de Vater, formant une saillie dite *caruncula major;* du canal de Santorini ou accessoire du canal de Wirsung, un peu au-dessus des précédents, au niveau de la *caruncula minor.*

**Vaisseaux.**

*Artère duodéno-pancréatique droite.*

Venant de l'artère gastro-duodénale.

*Artère duodéno-pancréatique gauche.*

Venant de l'artère mésentérique supérieure.

Ces deux artères s'anastomosent ensemble, formant une courbe appliquée à la courbe formée par le duodénum lui-même.

Les veines, suivant le même trajet que les artères, aboutissent à la veine splénique ou à la veine porte.

Les lymphatiques se rendent sous les ganglions qui longent les arcades artérielles duodéno-pancréatiques.

**Nerfs.**

Viennent du plexus cœliaque ou solaire en accompagnant les branches artérielles.

---

# SIGNES ET DIAGNOSTICS DU CROUP

Le croup est une laryngite pseudo-membraneuse d'origine diphtérique.

D'autres laryngites pseudo-membraneuses à microbes divers peuvent se traduire par la même symptomatologie ; le croup devient donc non plus une entité morbide. mais un syndrome clinique. Cette conception nouvelle est exacte. Néanmoins il est encore d'usage de ne décrire sous le nom de croup que la localisation de la diphtérie au larynx. C'est ce que font du reste Sevestre et L. Martin dans le *Traité des maladies de l'Enfance.*

**Début.**

Peut revêtir trois modalités.

*a*) Le plus souvent le croup succède à l'angine diphtérique dont chez l'enfant il constitue la plus grave complication.

Le croup est du reste propre à l'enfance et présente son maximum entre 2 et 4 ans. Il est rare au contraire chez l'adolescent et chez l'adulte dont le larynx a des dimensions plus considérables.

C'est entre le deuxième et le huitième jour de l'angine qu'il débute en général, caractérisé par une légère élévation thermique, l'apparition de la dyspnée et des accès de suffocation.

*b*) Il succède rarement à une diphtérie des bronches ou de la trachée.

*c*) Enfin existe le croup d'emblée ; assez rare, discuté et attribué le plus souvent à une angine méconnue.

Début insidieux, par un rhume, puis la toux devient rauque et le premier accès de suffocation apparaît.

**Etat.**

Le croup une fois établi présente deux ordres de phénomènes ; les uns qui résultent de la localisation laryngée, signes fonctionnels qui donnent au croup son allure spéciale ; les autres symptômes généraux et complications surtout, qui sont sous la dépendance de l'infection de l'organisme par le bacille de Klebs-Lœffler et sa toxine.

— Nous prendrons la division de Sevestre et Martin.

1. Période initiale.

Caractérisée principalement par les altérations de la voix et de la toux.

— *Voix* rauque, enrouée, bitonale, va devenir voilée, puis s'éteindra, réapparaissant parfois quelques instants.

— *Toux* aboyante, en coq enroué, quinteuse.

— Quelquefois enfin de la *douleur*, et parfois, à l'inspiration, un *léger sifflement* surtout la nuit.

2. Période de spasmes.

Caractérisée par de la dyspnée et des accès de suffocation.

— *Gêne respiratoire.*

— *Inspiration pénible et sifflante.*

— *Accès de suffocation.*

Vont survenir d'abord la nuit. L'enfant se réveille, crie rauque, ou tousse et l'accès de suffocation éclate.

— Face congestionnée, violacée, bouche ouverte, tête renversée, contractant ses inspirateurs accessoires, présentant du battement des ailes du nez et du *tirage sus et sous-sternal,* la peau couverte d'une sueur froide.

— Ces accès se répètent plus ou moins dans les 24 heures ; ils vont se rapprocher ; l'inspiration et l'expiration seront de plus en plus gênées, de plus en plus sifflantes, la dyspnée devient continue et augmente.

Dans quelques cas les accès de suffocation sont nuls ou peu marqués, il y a seulement de la dyspnée continue, progressive, plus grande à certains moments.

Enfin, parfois la toux en expulsant des fausses membranes amènera une rémission.

3. Période d'obstruction mécanique.

C'est la période asphyxique.

La diminution de résistance du sujet amène l'atténuation et la suppression des accès de suffocation.

— L'enfant s'assoupit, la face violacée ou livide, inondée de sueur.

— Les mouvements respiratoires se ralentissent en même temps que le pouls devient petit, incomptable et la mort survient par parésie cardiaque ou par un dernier spasme de la glotte.

## Symptômes généraux du croup.

— Fièvre peu élevée — 39°, rarement 40°.
— Troubles gastro-intestinaux.
— Albuminurie.
— Signes d'intoxication de l'organisme.

Tous ces signes qui relèvent de l'intoxication diphtérique sont d'autant plus atténués que le croup succède surtout aux formes peu toxiques de la diphtérie. Les formes toxiques tuant en effet avant que le larynx ait eu le temps d'être envahi.

## Evolution.

De 2 à 6 jours en moyenne.

Se termine par :

a) *La mort.*

— *Soit du fait de l'asphyxie mécanique, ce qui peut en général être évité par la trachéotomie ou le tubage.*

— *Soit par intoxication générale, et c'est le cas le plus fréquent.*

— *Soit par propagation de la diphtérie aux bronches.*

— *Soit enfin par complications dont la broncho-pneumonie est la plus fréquente, en particulier chez les trachéotomisés.*

Le pronostic est donc fort grave. Il l'est beaucoup moins cependant depuis que la sérothérapie (sérum antidiphtérique de Behring-Roux) permet d'atténuer l'infection générale pendant que la trachéotomie, ou mieux le tubage du larynx, empêchent l'asphyxie.

Il reste néanmoins grave chez le petit enfant dans le croup d'emblée, et dans les cas infectieux à associations microbiennes.

En tout cas, depuis l'emploi combiné du sérum antidiphtérique et de l'intubation du larynx, la mortalité par croup dans les hôpitaux d'enfants est tombée des trois-quarts.

b) *La guérison.*

Quelquefois dès la première période (croup abortif), d'autres fois à la seconde.

La convalescence peut présenter les mêmes complications que celle de l'angine diphtérique, en particulier les broncho-pneumonies et les paralysies.

## Diagnostic.

Lorsque le croup succède à une angine à fausses membranes, le diagnostic est facile. Lorsque l'angine a passé inaperçue, lorsqu'on se trouve en présence d'un croup d'emblée, il devient plus délicat.

La difficulté augmente encore lorsque le croup atteint un enfant déjà grand. On se trouve en présence de dyspnée et d'accès de suffocations. On doit alors se poser les questions suivantes :

1. *La dyspnée vient du larynx. Ce n'est pas :*

— *De la dyspnée d'origine pulmonaire ?*

Pas de sifflement laryngé et signes donnés par la percussion et l'auscultation.

— *De la dyspnée nerveuse* (*asthme*).

Bien rare chez les jeunes enfants.

2. *La dyspnée est d'origine laryngée; distinguer le le croup de :*

— *Laryngite striduleuse.*

Début brusque, la nuit, en pleine santé; intégrité de la voix; atténuation rapide des accidents.

— *Spasmes de la glotte.*

Chez enfant à la mamelle; avec respiration normale dans l'intervalle des accès.

— *Corps étrangers du larynx.*

Commémoratifs.

— *Polypes du larynx.*

— *Œdème de la glotte.*

— *Laryngites aiguës.*

— *Abcès rétro-pharyngiens.*

Gêne de la déglutition, voix nasonnée, pratiquer le toucher pharyngien qui fera reconnaître une collection fluctuante.

Enfin, chez l'adulte on pourra pratiquer l'examen laryngoscopique.

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

## Symptômes.

1. Période de début.

C'est la phase dite dyspeptique, caractérisée par une pesanteur à l'épigastre, du ballonnement du ventre, des douleurs vagues accompagnant la digestion. Puis quelques vomissements, l'exagération de la douleur, viendront faire pressentir le diagnostic, surtout lorsqu'on les rencontre chez des adultes jeunes, en particulier chez la femme.

2. Période d'état.

Trois symptômes fondamentaux : douleur, vomissements, hémorrhagies. Les étudier en détail.

A. *Douleur.*

Survenant ordinairement ou s'exaspérant à la suite de l'ingestion des aliments (de 30 minutes et moins à 1 et 2 heures).

Exacerbée par la pression (corset), par certains aliments (vin, vinaigre, alcool).

Elle a comme caractère d'être intense, brûlante, rongeante (en broche, douleur transfixiante, en fer rouge).

Elle siège au creux épigastrique à 1 ou 2 centimètres de l'appendice xiphoïde.

En plus de ce point épigastrique elle présente des irradiations classiques : point dorsal entre la neuvième dorsale et les deux premières lombaires ; irradiation à l'ombilic, à l'épaule, etc.

Ses paroxysmes peuvent durer plusieurs heures, souvent ils aboutissent au vomissement ou à l'hématémèse qui amènent un soulagement.

B. *Vomissement.*

Succédant en général à la douleur, il est brusque, facile, non précédé de nausées, tantôt alimentaire, tantôt composé d'un liquide aigre très acide, tantôt enfin hémorrhagique.

C. *Hémorrhagie.*

D'emblée ou consécutive à des vomissements alimentaires, presque toujours précédée d'une sensation de saveur spéciale.

Cliniquement, elle peut se présenter sous plusieurs aspects.

Tantôt foudroyante, tantôt caractérisée par une hématémèse (sang vomi brunâtre ou rouge) et par du melæna (selles prenant l'aspect d'une bouillie noirâtre comparable à du goudron), tantôt en si petite quantité qu'elle passe inaperçue et nécessite l'examen microscopique des selles.

Les symptômes de second ordre sont :

— *Troubles digestifs.*

Inappétence ; bouche pâteuse ; régurgitations aigres.

— *Anémie extrême.*

Due aux troubles digestifs, aux hémorrhagies. Décoloration des téguments et des muqueuses, aménorrhée.

— *Troubles nerveux.*

Mélancolie ; hypocondrie. Surtout neurasthénie et irritabilité extrême.

L'examen du malade, l'analyse du suc gastrique compléteront les renseignements fournis par les signes fonctionnels et généraux.

a) *Examen de l'estomac.*

Signes de dilatation stomacale, parfois énorme (tympanisme, clapotement).

La pression est douloureuse à la région épigastrique. Elle peut même être insupportable.

b) *Examen de l'intestin.*

Atonie intestinale caractérisée par la flatulence et la constipation.

c) *Examen du suc gastrique.*

Hyperchlorhydrie prononcée. Elle n'existe au début qu'au moment de la digestion, puis elle devient constante avec hypersécrétion continue du suc gastrique.

**Evolution.**

Toujours longue.

a) *Guérison.*

Sous l'influence d'un traitement approprié et prolongé ; demande parfois plusieurs années. Récidive possible et parfois même greffe d'un cancer sur l'ancien ulcère.

b) *Mort.*

— Soit par cachexie progressive (inanition et hémorrhagies répétées).

— Soit par complication (surtout par perforation et péritonite, hématémèse foudroyante).

— Signaler ici la forme latente qui brusquement amènera la mort en pleine santé apparente (perforation ou hémorrhagie d'un gros vaisseau).

**Complications.**

Ne citer que les plus fréquentes.

a) *Perforation stomacale.*

Survenant surtout après les repas. Elle amène soit la péritonite généralisée (mort, en 3 jours), soit la péritonite enkystée (en particulier l'abcès gazeux sous-phrénique). On a signalé également l'ouverture après adhérences, dans le duodénum, à la plèvre, à la paroi abdominale, etc.

b) *Enorme dilatation stomacale.*

c) *Hémorrhagies.*

**Diagnostic.**

Facile lorsque les trois grands signes sont réunis et qu'on constate de l'hyperchlorhydrie.

Un de ces signes peut prédominer ou exister seul à l'exclusion des autres, d'où les formes vomitive, gastralgique, hémorrhagique, dont le diagnostic est plus délicat.

Le diagnostic différentiel sera à faire avec :

— *Dans le type normal.*

— *Cancer de l'estomac.*

Mais survient chez gens plus âgés, avec amaigrissement rapide, anorexie prononcée surtout pour la viande. Vomissements noirs. Tumeur stomacale. Cachexie jaune paille. Et anachlorhydrie au lieu de hyperchlorhydrie.

— *Dans la forme gastralgique, différence des crises gastriques de :*

— *Tuberculeux.*

— *Maladie de Reichmann.*

(Hyperchlorhydrie et hypersécrétion continue).

— *Hystériques.*

— *Tabétiques.*

— *Dans la forme vomitive.*

— *Gastrite alcoolique.*

— *Dans la forme hémorrhagique.*

Ne pas prendre une hémoptysie pour une hématémèse, et savoir que chez les cirrhotiques la rupture de varices œsophagiennes est une cause d'hématémèses graves.

Diagnostic du siège.

Si la douleur survient aussitôt après le repas, siège probable au cardia ; 1 ou 2 heures après au contraire, siège au pylore.

— Le siège de la douleur donne également des indications.

— Douleur ombilicale : grande courbure.
— Douleur hypochondre gauche : cardia.
— Douleur hypochondre droit : pylore.

— Enfin l'attitude du malade, qui se place de façon à souffrir le moins possible.

— Assis : petite courbure.
— Sur le ventre : face postérieure.
— Sur le dos : face antérieure.
— Sur le côté droit : cardia.
— Sur le côté gauche : pylore.

Tout ceci est un peu trop schématique, il est vrai, mais donne néanmoins d'utiles renseignements.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.* — Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

S INT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 33**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Configuration extérieure et rapports du cæcum.** |
| II. | — . . . | **Tronc cœliaque.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Hématémèse.** |
| II. | — . . . | **Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire aiguë, franche.** |
| III. | — . . . | **Fistules à l'anus.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat,** on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 40*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# CONFIGURATION EXTÉRIEURE

ET

# RAPPORTS DU CÆCUM

## Définition.

Le cæcum est la portion initiale du gros intestin. Il est accompagné d'un appendice, vestige de la période embryonnaire. Le cæcum et l'appendice formaient pendant la vie embryonnaire une seule et même cavité infundibuliforme. Tandis que la partie supérieure s'est dilatée pour former le cæcum tel qu'il est chez l'adulte, la partie inférieure a conservé ses dimensions primitives.

## Situation.

Dans la fosse iliaque droite, en arrière de la paroi abdominale antérieure, au-devant du muscle psoas, en dedans du muscle iliaque, en dehors de la masse intestinale grêle.

## Configuration extérieure.

Cæcum.

Poche plus ou moins large se continuant en haut et à droite avec le côlon dont il présente une partie des caractères, en haut et à droite avec l'iléon qui vient s'aboucher dans sa cavité et y déverser son contenu.

*Limites.*

*En haut.*

D'après les classiques : plan passant au-dessus de l'orifice d'abouchement de l'iléon dans le cæcum.

D'après Luschka, Tréves, Bureau, Poirier : plan horizontal passant immédiatement au-dessous de l'abouchement de l'iléon.

Cette limite est marquée en dehors par des sillons transversaux séparant les bosselures cæcales des bosselures appartenant au côlon

*Direction.*

De haut en bas et de droite à gauche, surtout nette chez l'enfant.

*Aspect.*

Sillonné par trois *bandelettes longitudinales* partant de son fond au point d'abouchement de l'appendice dans la cavité même du cæcum, et se dirigeant en haut en passant, l'une sur la face antérieure, l'autre à l'union de la face postérieure et de la face externe, l'autre à l'union de la face postérieure et de la face interne.

Irrégulier, présentant tantôt des renflements ou *bosselures*, tantôt des *sillons* transversaux séparant ces bosselures.

Les bosselures comprises entre la bandelette longitudinale antérieure et la bandelette longitudinale postéro-externe sont les plus développées.

C'est la plus inférieure de ces bosselures qui contribue pour une bonne part à former le fond du cæcum.

Entre les autres bandelettes les bosselures sont beaucoup moins développées.

*Forme.*

Irrégulièrement cubique. Quatre faces : antérieure, postérieure, externe, interne.

Sur la face interne s'implante l'appendice et se termine l'iléon.

L'iléon forme avec la face interne du cæcum un angle ouvert en bas, *l'angle iléo-cæcal.*

L'iléon forme au-dessus du cæcum avec la face interne du côlon ascendant *l'angle iléo-colique.*

*Dimensions.*

*Longueur.*

Dix centimètres (Sappey) si l'on accepte la limite supérieure des classiques.

Six centimètres (Luschka, Henle) si l'on accepte la limite supérieure des auteurs récents.

*Diamètre.*

Six centimètres.

APPENDICE.

Implanté sur la paroi interne ou postéro-interne du cæcum, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'angle iléo-cæcal.

*Forme.*

Tube cylindrique, quelquefois fusiforme, rarement sphérique.

*Direction.*

Rectiligne ou flexueuse, décrivant une courbe, une anse ou une figure comparable à un 8 de chiffre.

*Longueur.*

Six à douze centimètres.

**Rapports.**

*Rapports de l'appendice avec le cæcum.*

L'appendice peut être :

Sous-cæcal et prendre au-dessous du cæcum.

Pré-cæcal, et remonter le long de la face antérieure du cæcum.

Rétro-cæcal.

Latéro-cæcal, s'il remonte le long des faces latérales du cæcum.

*Rapports du cæcum et de l'appendice dans leur ensemble.*

*Rapports immédiats. — Moyens de fixité.*

*Péritoine.*

Le cæcum est complètement entouré de pé-

ritoine et il est par conséquent libre dans la cavité abdominale (Bardleben, Luschka).

L'enveloppe péritonéale du cæcum et de l'appendice est formée par le mésentère qui arrive sur la face interne du cæcum, se dédouble en deux feuillets dont l'un passe en avant et l'autre en arrière du cæcum pour se rejoindre sur le bord externe de l'organe, le fond et le bord libre de l'appendice.

A sa face postérieure, le cœcum et son enveloppe péritonéale deviennent souvent dans la suite adhérents au péritoine pariétal de la fosse iliaque, ce qui a pu faire dire qu'il était un organe sous-péritonéal.

En allant rejoindre le cæcum et son appendice le péritoine est soulevé par les vaisseaux se rendant à ces organes et il forme ainsi différents replis :

*Repli mésentérico-cæcal.*

Qui contient l'artère cœcale antérieure.

*Méso-appendice.*

Contenant l'artère appendiculaire.

*Repli iléo-appendiculaire.*

Contenant l'artère récurrente iléale.

Ces replis limitent des fossettes : l'une est située derrière le repli mésentérico-cæcal : *fossette iléo-cæcal antérieure.*

L'autre entre le méso-appendice et le repli iléo-appendiculaire : *fossette iléo-appendiculaire.*

D'autres replis unissent le cæcum ou le péritoine voisin du cæcum au péritoine pariétal.

*Replis : Pariéto-cæcal ;*

*Mésentérico-pariétal ;*

Limitant la *fossette rétro-cæcale.*

*Repli sous-cæcal*;

Limitant la *fossette sous-cæcale ou iliaque.*

*Rapports médiats.*

*En avant.*

*Par son fond.*

Angle de jonction de la fosse iliaque et de la paroi abdominale antérieure, touchant tantôt au milieu de l'arcade, tantôt en étant plus ou moins éloigné.

*Par sa paroi antérieure.*

— Anses de l'intestin grêle.
— Paroi antérieure abdominale.

*En arrière.*

— Péritoine pariétal.
— Tissu cellulaire sous-péritonéal.
— Aponévrose iliaque.
— Tissu cellulaire sous-aponévrotique.
— Nerf crural.
— Muscles psoas et iliaque.

*En dehors.*

— Longe l'arcade de Fallope.
— Epine iliaque antéro-supérieure.

*En dedans.*

— Bord interne du psoas.
— Vaisseaux iliaques externes.

Le cæcum peut occuper une situation anormale, ce qui peut être dû à une persistance d'une disposition embryonnaire.

Il peut être situé :

*a)* Dans la fosse lombaire, au-devant du rein.

*b)* A l'entrée de la cavité pelvienne, flottant au-dessus de l'utérus et de la vessie.

*c)* Sous le foie.

*d)* Dans la région hypogastrique.

*e)* Dans la fosse iliaque gauche.

## Vaisseaux du cæcum et de l'appendice.

Artères.

Viennent de l'*artère iléo-colique*, branche de l'artère mésentérique supérieure, située dans le mésentère, se divisant en quatre branches.

*Artère iléale.*

Longeant le bord supérieur de la partie terminale de l'iléon.

*Artère cæcale antérieure.*

*Artère cæcale postérieure.*

Passant sur les faces respectives du cæcum et s'y ramifiant.

*Artère appendiculaire.*

Passant dans le méso-appendice, irriguant l'appendice et fournissant elle-même l'artère récurrente iléale.

Veines.

Suivent les artères et aboutissent à la grande veine mésaraïque.

Lymphatiques.

Suivent également les artères et aboutissent à des ganglions situés dans le repli mésentérico-cæcal, ou à la face postérieure du cæcum.

---

# TRONC CŒLIAQUE

**Définition.**

C'est la première des grosses branches collatérales que donne l'aorte après avoir franchi l'orifice diaphragmatique. Au-dessus d'elle existent seules les deux artères diaphragmatiques inférieures beaucoup moins importantes comme volume.

Le tronc cœliaque est destiné à irriguer par ses branches terminales l'estomac, le foie, la rate. Ce sont des organes volumineux et très vasculaires, ce qui fait comprendre le volume du tronc cœliaque lui-même et son importance.

Le tronc cœliaque par lui même est très court, ce sont ses branches terminales qui lui valent toute son importance.

**Origine.**

A la face antérieure de l'aorte abdominale entre les piliers mêmes du diaphragme, en regard du disque unissant la douzième vertèbre dorsale à la première vertèbre lombaire.

**Trajet.**

*Longueur.*

Dix à 15 millimètres.

*Direction.*

En bas et en avant.

**Terminaison.**

Par division en trois branches :

— Artère coronaire stomachique.
— Artère hépatique.
— Artère splénique.

**Rapports.**

Le tronc cœliaque est situé dans l'espace cœliaque et par conséquent il est en rapport avec les limites de cet espace et avec son contenu.

*Espace cœliaque.*

*Limites.*

*En bas et à gauche.*

Petite courbure de l'estomac.

*En haut et à droite.*

Face inférieure du foie, particulièrement lobule de Spigel.

Cet espace fait partie de l'arrière-cavité des épiploons, il est séparé en avant de la grande cavité péritonéale par le ligament gastro-hépatique ou petit épiploon.

Le fond de la région est formé par la colonne vertébrale :

Dixième, onzième, douzième vertèbres dorsales ; première vertèbre lombaire.

*Contenu.*

Sur la ligne médiane :

— *Aorte.*

A droite :

— *Veine cave inférieure.*

Entourant l'aorte et le tronc cœliaque :

— *Plexus nerveux cœliaque.*

Formé par les rameaux du grand sympathique.

*En arrière.*

— *Citerne de Pecquet*, commencement du canal thoracique.

— Piliers du diaphragme.

— Artères diaphragmatiques inférieures.

— Ganglions semi-lunaires, recevant

en haut les nerfs splanchniques et le nerf pneumogastrique droit.

*En bas.*

— *Bord supérieur du pancréas.*

Tous ces organes sont recouverts par le péritoine formant la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons.

Tout à fait en avant, dans l'épiploon gastro-hépatique passe la *veine porte.*

## Branches collatérales.

— Pendant son court trajet le tronc cœliaque ne donne pas de branches collatérales. Il donne quelquefois anormalement les artères diaphragmatiques inférieures.

## Branches terminales.

Divergent comme les branches d'un trépied d'où le nom donné souvent au tronc cœliaque et à ses branches de trépied cœliaque.

*a*) Artère coronaire stomachique.

*Trajet*

D'abord légèrement ascendant, en haut, à gauche et en avant, vers le cardia.

*Rapports.*

Traverse l'arrière-cavité des épiploons, soulevant en passant le péritoine tapissant la paroi postérieure de cette cavité et formant avec lui le ligament profond de l'estomac ou ligament de Huschke.

*Terminaison.*

L'artère arrive sur la petite courbure de l'estomac et s'y divise immédiatement en deux branches qui situées toutes deux dans le bord gastrique du petit épiploon, marchent parallèlement l'une à l'autre et en suivant la petite courbure vers le pylore. Ces branches s'anastomosent au voisinage du pylore avec les branches terminales de l'artère pylorique.

*Branches collatérales.*

— Deux ou trois rameaux cardio-œsophagiens.

— Rameaux gastriques cheminant sous le péritoine sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac.

*b*) Artère hépatique.

*Trajet.*

De gauche à droite, d'arrière en avant et de bas en haut vers le hile du foie, formant une courbe concave en haut.

*Rapports.*

*En haut.*

Lobe de Spigel du foie.

*En arrière.*

Pilier droit du diaphragme.

Pénètre ensuite dans le petit épiploon, occupe d'abord le côté gauche de la veine porte, puis se place en avant d'elle. Sur le même plan que les canaux cholédoque et hépatique et à gauche d'eux.

*Branches collatérales.*

α) — Quelques rameaux pancréatiques.

β) — Quelques rameaux pyloriques.

γ) — *Artère pylorique.*

*Origine.*

Dans l'épaisseur du petit épiploon, au-dessus du pylore.

*Trajet.*

Presque verticalement en bas et atteint la petite courbure de l'estomac au niveau du pylore.

*Terminaison.*

Par division en deux branches parallèles qui vont au-devant des branches de l'artère coronaire stomachique et s'anastomosent avec elle.

δ) — *Artère gastro-duodénale.*

*Origine.*

Dans le petit épiploon, au-dessus du pylore.

*Trajet.*

En arrière de la première portion du duodénum.

*Terminaison.*

Par division en :

1° *Artère gastro-épiploïque droite.*

Suivant la grande courbure de l'estomac et allant au-devant de l'artère gastro-épiploïque gauche et située dans le grand épiploon.

2° *Artère pancréatico-duodénale.*

Suit la concavité de l'anse duodénale et donne d'un côté des branches au duodénum, de l'autre des branches à la tête du pancréas.

S'anastomose avec l'artère duodéno-pancréatique gauche née de l'artère mésentérique supérieure.

ε) *Artère cystique.*

Naissant de la partie tout à fait supérieure du tronc de l'artère hépatique et allant vers la vésicule biliaire où elle se divise en deux branches.

— *Artère cystique supérieure.*
— *Artère cystique inférieure.*

*Branches terminales.*

Naissent dans le sillon transverse du foie, par division de l'artère hépatique en deux branches. L'une destinée au lobe droit, l'autre au lobe gauche.

*Trajet.*

Chacune se rend directement au lobe auquel elle est destinée, et pénètre dans le parenchyme hépatique où elle se divise en branches, suivant le même trajet que les ramifications de la veine porte et contenues comme elle dans la capsule de Glisson.

*Rameaux terminaux.*

Se distribuent au parenchyme hépatique, aux parois des conduits biliaires et à la capsule de Glisson.

*c*) Artère splénique.

*Trajet.*

De droite à gauche, vers la face interne de la rate.

*Rapports.*

L'artère est contenue dans une gouttière qu'elle creuse le long du bord supérieur du pancréas. Elle y décrit un trajet avec des flexuosités nombreuses. Elle y est accompagnée par des ganglions lymphatiques. Au-dessous, sur la face postérieure du pancréas passe la veine splénique.

*Terminaison.*

L'artère pénètre dans l'épiploon pancréatico-splénique et s'y divise en 5 ou 6 branches qui pénètrent dans le parenchyme splénique.

*Branches collatérales.*

α) *Rameaux pancréatiques.*

Naissant pendant tout le trajet que suit l'artère le long du bord supérieur du pancréas.

β) *Artère gastro-épiploïque gauche.*

Naît auprès de la côte, suit la face postérieure de l'estomac, puis se recourbe pour longer sa grande courbure.

Logée dans le bord gastrique du grand épiploon, elle va à la rencontre de l'artère gastro-épiploïque droite et s'anastomose avec elle.

γ) *Vaisseaux courts.*

Naissant de l'artère splénique ou de ses branches terminales, se rendent en passant entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-splénique à la grosse tubérosité de l'estomac.

*Nombre.*

Trois à six.

---

# HÉMATÉMÈSE

On nomme hématémèse le rejet par vomissement d'une certaine quantité de sang.

Ce sang provient le plus souvent de l'œsophage, de l'estomac, très rarement du duodénum ; il peut du reste ne pas venir d'un point du tube digestif, provenir du nez, de la bouche, des bronches et avoir été dégluti ; ou d'une tumeur de voisinage qui s'ouvre dans les voies digestives supérieures (anévrysmes).

L'hématémèse est donc bien distincte de l'hémorrhagie de l'estomac, de la gastrorrhagie. Elle n'en constitue qu'un symptôme fréquent, inconstant cependant.

## Etiologie.

L'hématémèse, symptôme, est sous la dépendance d'une hémorrhagie se faisant en un point des voies digestives supérieures, ou d'une hémorrhagie péri-gastrique, dont le sang pénètre secondairement dans l'estomac.

1. Hématémèses d'origine gastrique.

*a) Par lésion de la muqueuse.*

— Traumatismes externes (plaies pénétrantes, contusions).

— Traumatismes internes (corps étrangers).

— Ulcère simple de l'estomac.

— Cancer de l'estomac.

Ces deux affections constituent une des causes fréquentes d'hématémèses.

— Ulcérations diverses, tuberculeuses en particulier.

b) *Par troubles circulatoires.*

— Hématémèses à la suite de vomissements répétés.

— Hématémèses de la cirrhose hépatique.

— Hématémèses supplémentaires et nerveuses.

c) *Au cours de maladies générales.*

— Scorbut, purpura, hémophilie.

— Variole hémorrhagique ; typhus.

— Fièvre jaune, ictère grave, endocardite infectieuse.

2. Hématémèses d'origine œsophagienne ou duodénale.

On peut trouver les mêmes causes, mais plus rarement. Signaler :

— Les hématémèses profuses par rupture de varices œsophagiennes au cours de cirrhoses hépatiques.

— Les hématémèses plus rares signalées dans l'ulcère du duodénum.

3. Hématémèses d'origine péri-gastrique, et indirectes.

— Rupture dans l'estomac ou l'œsophage d'un anévrysme de l'aorte ou d'un autre gros vaisseau de voisinage.

— Hématémèses indirectes par déglutition de sang venu de la poitrine (hémoptysie) ou du nez (épistaxis), se produisant surtout lorsque le sujet est dans le décubitus horizontal.

## Symptômes.

Début.

a) *Brusque.*

Dans les grandes hématémèses.

b) *Avec prodromes.*

Tension pénible à l'épigastre ;
Goût de sang dans la bouche ;
Sensation de nausées.

Hématémèse proprement dite.

Le malade fait des efforts de vomissement et rend une quantité variable de sang.

Ce sang peut présenter divers aspects :

*a*) Il est liquide, rouge, abondant. C'est que l'hémorrhagie en général a été abondante et a provoqué le vomissement avant tout commencement de digestion. Dans ce cas il y a parfois un véritable flot de sang qui inonde le malade.

*b*) Il est en caillots noirâtres ou plutôt en matière pulvérulente noirâtre (marc de café) nageant dans un liquide chargé de mucus et de détritus alimentaires. Dans quelques cas il est si peu abondant qu'on est obligé de pratiquer l'examen microscopique ou chimique pour le reconnaître.

Signes accessoires.

— Douleurs stomacales. Tension à l'épigastre.
— Phénomènes nerveux d'ordre moral (angoisse).
— Phénomènes dus à l'hémorrhagie :
  — Etourdissement, lipothymies, syncope.
  — Anémie si hémorrhagies répétées.

Existence ou non de mélæna.

Le mélæna est caractérisé par la présence dans les selles de sang altéré par le suc digestif (en goudron, en suie).

## Diagnostic.

1. Différentiel.

— Le sang est en poussière, marc de café, ne pas confondre avec :

— *Vomissements noirs biliaires.*

— Le sang est liquide, rouge, ne pas confondre avec :

— *Hémoptysie.*

Quelquefois difficile parce que, dans l'hémoptysie, du sang peut pénétrer dans l'œso-

phage; et que dans l'hématémèse, inversement, du sang peut pénétrer dans le larynx et amener la confusion par les accès de toux qu'il provoque.

Mais dans l'hémoptysie, le sang est plus aéré, spumeux, rejeté plus nettement par la toux ; mélangé à l'expectoration.

On recherchera avec soin la présence d'un foyer de gros râles sous-crépitaux en un point du poumon.

Enfin par l'analyse exacte des troubles gastriques, et des troubles pulmonaires, on arrivera à trancher la question.

2. Diagnostic étiologique.

Eliminant les hématémèses des maladies infectieuses et dyscrasiques, où l'hématémèse est une complication, on peut se trouver en présence :

a) *D'une hématémèse foudroyante ou très considérable.*

L'ulcère simple de l'estomac, les varices cirrhotiques, la rupture d'un anévrysme de l'aorte ; très rarement le cancer de l'estomac, en sont la cause, on recherchera leur symptomatologie propre.

b) *D'une hématémèse moins abondante.*

On éliminera alors l'hématémèse indirecte à la suite d'épistaxis, de stomatorrhagie, d'hémoptysie. L'hématémèse d'origine duodénale est très rare.

Resteront alors les hématémèse par hémorrhagie œsophagienne (rétrécissement, cancer, qui ont d'autres signes spéciaux) et les gastrorrhagies.

Dans ce cas on pensera aux diverses causes que nous avons énumérées à l'étiologie. Chez la jeune fille et la jeune femme, l'ulcère de l'estomac en sera la cause habituelle. Après quarante ans on pensera au cancer.

**Traitement.**

1. *De l'hémorrhagie.*

— Repos absolu.

— Ne rien donner si possible par voie buccale pendant quelques jours (lavements d'eau et lavements alimentaires), ou un peu de lait glacé seulement.

— Injections d'ergotine, et surtout d'eau salée.

2. *De la cause.*

---

# SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DE LA

# PNEUMONIE LOBAIRE AIGUE, FRANCHE

Maladie infectieuse provoquée par le pneumocoque de Talamon-Frœnkel, caractérisée par une hépatisation du poumon et dans les formes typiques par une évolution cyclique qui se termine par crise vers le neuvième jour.

## Symptômes.

1. Début.

Parfois précédée de prodromes (trachéo-bronchite ; malaise général). Le plus souvent survenant d'emblée chez un sujet en pleine santé, après exposition au froid, à l'humidité, ou sans causes appréciables.

a) *Grand frisson, unique.*

Intense, accompagné de claquements de dents.

b) *Point de côté, situé sous le mamelon.*

c) *Dyspnée.*

d) *Toux.*

Sèche, convulsive, sans expectoration.

Dès le matin du second jour, la pneumonie est constituée.

*Aspect du malade.*

Face vultueuse, une pommette plus rouge ; res-

piration pénible, fréquente, entrecoupée par des secousses de toux qui n'amènent aucun crachat.

Peau sèche, brûlante.

*Température à 40° ; pouls entre 100 et 110.*

*Examen du thorax.*

Le plus souvent ne donne pas grand renseignement.

Légère diminution de la sonorité avec exagération du retentissement de la voix dans l'aisselle du côté pris.

Parfois déjà, bouffées de râles crépitants fins lorsqu'on fait tousser le malade.

2. Période d'état.

a) *Signes fonctionnels.*

— *Toux.*

— *Expectoration.*

Caractéristique.

Visqueuse, adhérant au fond du crachoir ; de couleur rouillée, rouge-brique, sucre d'orge, souvent striée de sang.

— *Point de côté.*

— *Dyspnée.*

b) *Signes physiques.*

— *Inspection.*

Côté malade bombé.

— *Percussion.*

Matité dans la zône hépatisée.

— *Palpation.*

Exagération des vibrations thoraciques.

Cependant dans quelques cas de pneumonie massive elles seront abolies.

— *Auscultation.*

— Souffle tubaire rude, surtout prononcé à l'expiration, souvent très aigre.

— Accompagné de râles crépitants, abon-

dants surtout à la périphérie de la partie hépatisée.

— Exagération du retentissement de la voix (bronchophonie).

c) *Signes généraux.*

— *Troubles gastro-intestinaux.*

— *Troubles nerveux.*

Céphalalgie, abattement, et fréquemment délire.

— *Urines rares, rouge-briqueté, légèrement albumineuses.*

— *Fièvre.*

Elevée ; la température en 24 heures a atteint 40° et peut les dépasser. Elle oscillera à ce niveau élevé pendant 4 à 6 jours.

— *Pouls large, dicrote, entre 100 et 120.*

Cet ensemble de symptômes persiste sans grand changement pendant 4 à 6 jours. La situation est grave. La langue est sèche, pâteuse ; la dyspnée augmente ; le facies devient pâle, livide, le pouls est tremblotant, inégal. Puis tout à coup un changement total s'opère dans l'état du malade.

3. Période de terminaison.

Crise salutaire caractérisée par l'apparition de sueurs abondantes, la détente et la diminution de fréquence du pouls et surtout par la chute brusque, parfois totale de la T°.

Tous les signes fonctionnels s'amendent. L'expectoration devient muco-purulente.

En revanche, et c'est le propre de la pneumonie, les signes physiques sont peu modifiés. La matité, le souffle tubaire persistent. Les râles deviennent plus gros et plus humides (râles sous-crépitants de retour). En 8 à 15 jours tout aura disparu.

*Signaler aussi la terminaison fatale.*

Plus rare, due à l'insuffisance cardiaque qui dans le cas d'exsudation alvéolaire trop abon-

dante résulte de l'incapacité où se trouve le cœur droit de forcer la résistance du réseau circulaire pulmonaire comprimé.

— Pouls inégal, dépressible, très rapide.

— Dyspnée, cyanose, refroidissement.

— Expectoration jus de pruneaux.

**Complications.**

*Citer seulement* :

Méningite, pleurésie, péricardite, endocardite.

*Et plus tard :*

Ictère, albuminurie, arthrites, paralysies, abcès du poumon.

**Formes de la pneumonie.**

En outre des variétés de durée (abortive ou prolongée), présentées par le type classique, signaler :

1. *Formes d'après l'état général ; la marche.*

Infflammatoire, bilieuse, maligne.

2. *Formes d'après le siège et l'évolution des lésions.*

— Pneumonie centrale ; du sommet.

— Pneumonie double.

— Pneumonie massive, décrite par Grancher, avec abolition des vibrations, matité absolue, silence respiratoire, ni râles ni souffles.

3. *Formes selon l'âge.*

Chez les enfants, elle débute par des convulsions ou simule une méningite.

Chez les vieillards, elle revêt la forme latente ou la forme apoplectique.

4. *Formes selon l'état de santé du sujet.*

Signaler la gravité de la pneumonie chez les alcooliques (delirium, adynamie) ; chez les cachectiques, chez les cardiaques (asystolie) ; chez les diabétiques (pneumonie foudroyante) ; dans la grippe, chez les femmes en couche (avortement).

**Diagnostic.**

1. On peut croire à une pneumonie qui n'existe pas ; en présence de :

— Bruit trachéal physiologique de l'enfant.

— Ancienne affection pleuro-pulmonaire ayant amené de la sclérose pulmonaire.

— Expectoration sanglante des cardiaques.

2. Mais surtout on est exposé à méconnaître une pneumonie qui existe.

a) *Avant l'apparition des signes physiques.*

Chez l'enfant, on peut croire à un début de fièvre éruptive, de méningite.

Chez l'adulte, à un début de fièvre typhoïde, d'attaque de delirium tremens.

Chez le vieillard, à de l'urémie, à du ramollissement cérébral.

b) *Après l'apparition des signes physiques.*

On ne devra pas confondre, chez l'enfant, avec les broncho-pneumonies ; chez l'adulte avec la pleurésie, la congestion pulmonaire aiguë, et surtout la pneumonie caséeuse (tuberculeuse).

Dans quelques cas on devra pratiquer l'examen bactériologique des crachats. La présence de bacille de Koch tranchera le diagnostic de pneumonie caséeuse. La recherche du pneumocoque est moins pratique. C'est surtout un procédé de laboratoire. Si en effet la coloration directe sur lamelle permet de le déceler, seule l'inoculation à la souris est absolue. S'il y a du pneumocoque, 24 heures après la souris meurt de septicémie et son sang renferme du pneumocoque pur.

# FISTULES A L'ANUS

## Définition.

Lésion caractérisée par des orifices anormaux faisant communiquer l'anus ou le rectum avec l'extérieur, et laissant passer par le trajet intermédiaire du pus, des gaz et parfois des produits de l'intestin (Potherat).

## Anatomie pathologique.

Division.

1. En ano-cutanées et recto-cutanées selon qu'elles aboutissent à l'anus ou au rectum.
2. En intra, sous, et extra-musculaires d'après leurs rapports avec le sphincter anal.

Variétés.

a) Complètes, c'est-à-dire possédant un orifice externe, un trajet, un orifice interne.

b) Incomplètes ; soit borgnes externes, c'est-à-dire possédant un orifice externe, un trajet, et ne communiquant pas avec l'intestin ; soit borgnes internes, ce qui est plus rare.

c) Simples ou complexes (avec diverticules).

Constitution en général.

a) *Orifice cutané.*

Unique ou multiple (en pomme d'arrosoir), siégeant soit dans une fissure, soit sur une sorte de mamelon. D'autant plus distant de la marge de l'anus que la fistule remonte plus haut.

b) *Orifice interne.*

Le plus souvent unique ; peu éloigné de l'anus en général (8 à 10 centimètres).

c) *Trajet.*

Unique ou multiple avec de nombreux diverticules ; en fer à cheval (Allingham).

Tapissé par une pseudo-membrane blanchâtre.

*Signaler enfin* :

— Les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur à trajet fort long (parfois 15e) ne communiquant jamais avec le rectum, et se terminant par une ampoule.

— Les fistules à grandes dénudations (laissant le rectum en battant de cloche).

## Etiologie.

Fréquence à l'âge adulte et chez l'homme.

*Causes locales.*

1. Dans les rétrécissements et le cancer du rectum. A la suite de traumatismes (pédérastie).

2. Surtout consécutives à des abcès (de la marge de l'anus ou de la fosse ischio-rectale).

*Causes générales.*

Influence considérable de la tuberculose. Tantôt à une période avancée, ultime ; tantôt comme tuberculose locale et première manifestation de l'infection.

## Symptômes.

Décrire le type ordinaire : fistule complète de la marge de l'anus.

*Début.*

Formation d'un petit abcès qui s'ouvre au bout de quelques jours, suppure quelques semaines ; son orifice se ferme, puis, après quelques phénomènes de rétention, se rouvre.

La fistule va se constituer peu à peu.

*Etat.*

1. *Signes fonctionnels.*

a) *Sécrétions.*

Séreuses, séro-sanguinolentes, séro-purulentes, tachant la chemise et entraînant une humidité permanente, d'où érythèmes, impétigo, etc.

Très rarement des matières fécales et des gaz passent par la fistule.

b) *Douleur.*

Très variable. Lorsqu'elle existe, elle est spontanée ou surtout provoquée par les gardes-robes ; s'irradie au périnée, aux lombes et à la face interne des cuisses.

2. *Signes physiques.*

On fait pencher le malade en avant, les bras arcs-boutés sur les cuisses, ou, ce qui est mieux, on le met dans le décubitus latéral, une cuisse étendue, l'autre fortement fléchie. On écarte les deux fesses et on constate :

— Région humide et irritée.

— Orifice arrondi, soit taillé à l'emporte-pièces, soit reposant sur un petit mamelon.

— La pression décèle une induration et fait sourdre du pus (inconstant).

On pratique alors l'examen du trajet avec un stylet ou, mieux, avec une petite sonde cannelée.

On constate qu'elle s'enfonce à une profondeur variable, et l'index introduit consécutivement dans le rectum sent la sonde cannelée plus ou moins éloignée, et la reçoit lorsqu'elle pénètre dans le rectum.

Dans les fistules complexes, le stylet pénètre difficilement et se perd dans les diverticules.

On peut également injecter dans le trajet des liquides colorés ou du lait.

3. *Signes généraux.*

Relèvent de l'état général. Cependant les douleurs, la constipation qui en résulte, retentissent sur le malade, en particulier sur son moral.

*Evolution.*

Chronicité. On a cependant signalé des cas de guérison spontanée.

Il est donc presque toujours nécessaire d'intervenir.

## Variétés cliniques.

a) *Fistules borgnes externes.*

Présentent les mêmes signes fonctionnels et ne se différencient que par l'examen au stylet. Ce dernier ne peut pénétrer dans le rectum et l'index qui s'y trouve sent son extrémité séparée de lui par une épaisseur de tissus plus ou moins considérable.

b) *Fistules borgnes internes.*

De diagnostic fort difficile, souvent impossible.

Douleur avec exacerbations nettes au moment de la défécation ; et poussées inflammatoires fréquentes. Du pus parfois sur les matières fécales.

Le toucher rectal enfin permettra plus ou moins d'en sentir l'orifice.

c) *Fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur.*

L'orifice en est assez loin de l'anus. Le stylet montre la longueur considérable du trajet, trajet parallèle au rectum et dont il est séparé par une notable épaisseur de parties molles.

Enfin le stylet arrive parfois sur l'os, d'autres fois il se dirige vers la prostate ou les voies urinaires.

## Diagnostic.

Nous venons de passer en revue les éléments du *diagnostic positif* ; il nous reste :

a) *Le diagnostic différentiel.*

Très facile, n'est guère à faire qu'avec la fissure à l'anus à cause de la douleur (mais pas de pus ; douleurs plus vives au moment de la défécation ; et recherche de la fissure qu'on trouve au fond d'un pli radié).

Plus difficile seulement en cas de fistule borgne interne.

b) *Le diagnostic des complications.*

Hémorrhoïdes ; rétrécissements ; cancer.

c) *Le diagnostic du cancer.*

Chercher la tuberculose.

**Traitement.**

Nombreux procédés.

1. *Ligature élastique.*

Bonne surtout pour les pusillanimes.

2. *Incision.*

Sur sonde cannelée, au bistouri ou au thermocautère, avec curetage du trajet.

3. *Excision.*

Ces deux derniers procédés sont également employés.

Dans le cas de fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur enfin, on fera la section lente avec l'entérotome de Richet, et dans le cas de fistule ostéo-pathique, on ira gratter et résèquer la partie d'os malade.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'urèthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.*— Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale.— II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur.— II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 34**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Rapports du rectum.** |
| II. | — . . . | **Configuration extérieure et rapports du foie.** |
| III. | — . . . | **Plèvres.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Symptômes et diagnostic de la pleurésie aigue, séro-fibrineuse.** |
| II. | — . . . | **Ligature et section du cordon ombilical.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat,** on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 40*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

# RAPPORTS DU RECTUM

## Définition.

Dernière portion du tube digestif. Fait suite au côlon pelvien et aboutit à l'anus.

## Situation.

Par une première portion la plus longue : *rectum pelvien*; il est situé dans la cavité pelvienne dont il occupe la partie postérieure. La partie antérieure de cette cavité étant occupée par la vessie. Chez la femme, ces deux parties de la cavité pelvienne sont plus nettement séparées l'une de l'autre que chez l'homme, grâce au vagin, à l'utérus et aux ligaments larges formant une cloison transversale tendue entre elles.

Par sa partie tout à fait terminale ou *rectum périnéal,* le rectum s'enfonce à travers les muscles du périnée.

## Limites.

*En haut.*

Il est séparé du côlon pelvien par un rétrécissement répondant au corps de la troisième vertèbre sacrée ou à l'interstice séparant la troisième vertèbre sacrée de la quatrième.

*En bas.*

Bord supérieur des valvules semi-lunaires de Morgagni, correspondant à la ligne ano-cutanée de Hermann.

**Trajet.**

Dans le sens transversal :

Né sur la ligne médiane il s'incline vers la droite, puis revient vers la ligne médiane formant ainsi un premier angle ouvert à gauche ; il rejoint la ligne médiane et la dépasse, continue son chemin vers la gauche, puis revient vers la ligne médiane formant ainsi un second angle ouvert à droite. Il n'abandonne plus ensuite la ligne médiane. Ces changements de direction sont dus à des étranglements ou sillons existant dans la paroi rectale à leur niveau.

Dans le sens antéro-postérieur :

Par toute sa portion pelvienne le rectum a une direction concentrique à la concavité du sacrum, il repose sur elle formant une courbe dirigée en avant et en haut.

Par sa seconde portion, le rectum se dirige en bas et en arrière. Il forme donc un angle avec la portion précédente ouvert en bas et en arrière.

**Longueur.**

Totale : 16 à 17 centimètres.
Rectum pelvien : 15 centimètres.
Rectum périnéal : 2 centimètres à 2 cent. 1/2.

**Forme**

A l'état de vacuité : aplati d'avant en arrière.
A l'état de plénitude : fusiforme.

Portion moyenne dilatée : ampoule rectale.

Extrémité supérieure : se continuant avec le côlon pelvien.

Extrémité inférieure : constituant le rectum périnéal.

— Une face antérieure.
— Une face postérieure.
— Deux faces latérales.

**Rapports.**

*A.* Rectum pelvien.

La portion de la cavité pelvienne destinée au rectum est séparée en deux étages par le péritoine qui est tendu

d'une paroi latérale de la cavité pelvienne à l'autre paroi latérale, se déprimant vers la partie médiane de la région sans cependant atteindre le plancher périnéal.

Les étages sont désignés sous le nom d'*étage pelvien supérieur* et *étage pelvien inférieur*. Le rectum occupe les deux étages, donc il est en grande partie entouré du péritoine dans l'étage supérieur, et dans l'étage inférieur il est entouré de tissu cellulaire sous-péritonéal.

De plus le rectum est entouré par une gaîne fibreuse existant dans toute sa hauteur en arrière ; dans les parties latérales et antérieures existant depuis le plancher périnéal jusqu'au péritoine.

*Paroi postérieure.*

— Quatrième, cinquième vertèbre sacrée, coccyx.
— Digitations du muscle pyramidal.
— Ligaments sacro-sciatiques.
— Muscles ischio-coccygiens.
— Artère sacrée moyenne et ses branches.
— Artères sacrées latérales supérieure et inférieure.
— Veines sacrées antérieures.
— Branches viscérales du plexus sacré.
— Glande de Luschka.

*Paroi latérale.*

Divisée en deux portions dans le sens longitudinal.

α) *Antérieure : recouverte par le péritoine.*

Le péritoine forme, en se réfléchissant de la paroi latérale du petit bassin sur le rectum, un cul-de-sac dirigé presque verticalement et ouvert en avant.

Ce cul-de-sac loge :

Chez la femme :

L'ovaire et le pavillon de la trompe dans les cas anormaux, c'est la *fossette sous-ovarienne.*

Dans les deux sexes :

A gauche, l'angle formé par la

branche verticale du côlon pelvien au point où elle s'unit à la portion transversale.

*Plus en dehors.*

Par l'intermédiaire du cul-de-sac, le péritoine est en rapport avec :

— Ovaire et pavillon de la trompe en position normale (fossette ovarienne).

— Artère iliaque externe.

— Artère iliaque interne.

— Artère obturatrice.

Limitant la fossette ovarienne.

β) *Postérieure : plongeant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.*

— Uretère.

— Nerf obturateur.

— Muscle obturateur interne et son aponévrose.

*Arcus tendineus* renforçant cette aponévrose du muscle obturateur interne et donnant insertion au muscle releveur de l'anus.

— Artère hémorroïdale moyenne.

— Base de la vésicule séminale, canal déférent.

— Plexus nerveux hypogastriques.

*Plus en dehors.*

*Grande échancrure sciatique et son contenu.*

— Muscle pyramidal.

— Vaisseaux fessiers.

— Vaisseaux ischiatiques.

— Vaisseaux honteux internes.

— Grand nerf sciatique.

— Tronc nerveux lombo-sacré.

— Nerfs sacrés.

*Paroi antérieure.*

α) *Portion supérieure : péritonéale.*

Recouverte par le péritoine, qui, en passant de la vessie chez l'homme ou de l'utérus chez la femme à la paroi antérieure du rectum, forme un cul-de-sac : Cul-de-sac de Douglas, point le plus incliné de la cavité péritonéale et le plus proche du plancher périnéal.

*Par l'intermédiaire du péritoine ; rapports avec :*

*Chez l'homme.*

— Paroi supérieure et postérieure de la vessie.

— Côlon pelvien.

— Anses de l'intestin grêle.

Tombant souvent dans la cavité de Douglas.

*Chez la femme.*

— Paroi postérieure de l'utérus.

— Côlon pelvien et intestin grêle comme chez l'homme.

β) *Portion inférieure : sous-péritonéale.*

*Chez l'homme.*

— Aponévrose de Denonvilliers, tendue depuis le plancher périnéal jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas qu'elle maintient fixe.

Forme une demi-gouttière à concavité postérieure.

— *Par l'intermédiaire de cette aponévrose.*

— Extrémité terminale des uretères.

— Vésicules séminales.

— Portion terminale des canaux déférents.

*Chez la femme.*

— Paroi postérieure du vagin.

Qui est séparée du rectum par du

tissu cellulaire : cloison recto-vaginale.

— Ligaments larges.

— Uretère.

— Artères utérines. Plexus veineux utérins.

*B.* Rectum périnéal.

— Entouré de tous côtés par le sphincter externe de l'anus.

— Plonge dans le plancher musculaire périnéal, formé sur un plan supérieur par les muscles releveurs de l'anus, ischio-caverneux, tapissés par :

*En haut.*

Aponévrose pelvienne supérieure.

*En bas.*

Aponévrose inférieure du releveur.

— *Sur un plan moyen.*

Par le diaphragme uro-génital, tendu entre les branches ischio-pubiennes et formé par l'aponévrose moyenne du périnée divisée en deux feuillets entre lesquels sont logés les muscles de Guthrie, muscle de Wilson, muscle transverse profond du périnée.

— *Sur un plan superficiel.*

Par le muscle ischio et bulbo-caverneux, le muscle transverse superficiel du périnée.

— En traversant ce plancher périnéal, le rectum est en rapport avec :

*En arrière.*

— Creux ischio-rectal, limité en dedans par le muscle releveur ; en dehors, par la paroi osseuse pelvienne, et comprenant du tissu cellulaire.

Ce creux est moins profond et plus large chez la femme que chez l'homme.

— Raphé coccy-anal.

*En avant.*

*Chez l'homme.*

Urèthre, qui se dirige en bas et en avant, tandis que le rectum se dirige en bas et en arrière, ce qui forme un angle ouvert en bas : triangle recto-uréthral.

Dans ce triangle, s'entrecroisent les muscles :

— Sphincter de l'anus.
— Bulbo-caverneux.
— Transverse superficiel.
— Transverse profond.

Sont placées :

— Les glandes de Méry et de Cooper.
— Les vaisseaux hémorroïdaux inférieurs.
— Le nerf hémorroïdal.

*Chez la femme.*

Vagin, cloison recto-vaginale.

**Vaisseaux du rectum.**

1. *Artère hémorroïdale supérieure.*

Terminaison de l'artère mésentérique inférieure, aborde le rectum sur sa paroi postérieure et se divise en deux branches qui cheminent sur ses parois latérales.

2. *Artère hémorroïdale moyenne.*

Naît en général du tronc de l'hypogastrique, se dirige en bas, en avant et en dedans, contenue dans une gaîne fibreuse, dépendance de la gaîne hypogastrique : *ligaments latéraux du rectum.*

3. *Artères hémorroïdales inférieures.*

Venant de l'artère honteuse interne.

Sont accompagnées d'une gaîne cellulo-fibreuse, émanée de l'aponévrose obturatrice.

4. *Artère sacrée moyenne.*

Donne quelques ramuscules à la partie postérieure du rectum.

*Veines.*

Accompagnent les artères.

Les veines hémorroïdales supérieures sont tributaires du système porte, les hémorroïdales inférieures du système cave.

*Lymphatiques.*

Accompagnent les artères et se rendent aux ganglions du mésocôlon pelvien, aux ganglions entourant l'artère hypogastrique.

**Moyens de fixité.**

1. Gaîne fibro-séreuse.
2. Vaisseaux hémorroïdaux moyens et inférieurs et tractus aponévrotiques qu'ils accompagnent.
3. Plancher périnéal.

# CONFIGURATION EXTÉRIEURE

ET

# RAPPORTS DU FOIE

**Définition.**

Le foie est la plus volumineuse des glandes annexées à l'appareil digestif. Il préside à la fabrication du glycogène servant à la nutrition de l'organisme et fabriqué aux dépens des albuminoïdes et des hydrocarbonés que lui apporte le sang de la veine porte, et il préside à la formation de la bile, liquide excrémentitiel, rejeté dans le tube digestif.

**Situation.**

Dans l'hypochondre droit, en arrière et en dedans des dernières côtes, au-dessous du diaphragme que le foie, à cause de son volume, repousse en haut ; au-dessus de l'anse duodénale et du paquet de l'intestin grêle, à droite de l'estomac, dans l'étage supérieur ou sus-mésocôlique de la cavité abdominale.

**Forme. Configuration extérieure.**

Le foie se moule sur les organes voisins car sa substance se laisse déprimer par eux. Volumineux à une extrémité, il a été comparé pour sa forme à un segment d'ovoïde coupé obliquement et qui comprendrait toute la grosse extrémité de celui-ci et la moitié supérieure de la petite (Glisson, Haller).

*Face supérieure.*

Convexe ; convexité plus prononcée à droite qu'à gauche.

Divisée en deux lobes : lobe droit plus volumi-

neux, et lobe gauche plus petit, par l'insertion du bord inférieur du ligament suspenseur.

*Face postéro-inférieure.*

Concave. Présentant des sillons et entre ces sillons des éminences.

Les sillons en s'unissant entre eux déterminent la formation d'une figure analogue à la lettre H, présentant une branche transversale et deux branches antéro-postérieures.

Par les sillons longitudinaux, cette face est divisée en trois portions : deux latérales, une médiane.

Les deux latérales sont : l'une gauche peu étendue ; l'autre droite beaucoup plus large et formant la face inférieure du lobe droit.

La partie médiane est divisée par le sillon transverse en deux éminences, l'une antérieure : *lobe carré* ; l'autre postérieure, plus petite et plus irrégulière : *lobe de Spigel.*

Le *lobe carré* est plus prononcé en arrière près du sillon transverse qu'en avant près du bord antérieur, car il se confond insensiblement avec ce bord.

Le *lobe de Spigel*, plus irrégulier, présente : en arrière et à droite un prolongement qui est dit prolongement postérieur, vient quelquefois recouvrir la veine cave et compléter la gouttière que cette veine creuse dans le bord postérieur du foie; ce qui la transforme en canal complet. — En avant un prolongement : prolongement antérieur, s'étend sur la face inférieure du lobe droit, forme en arrivant sur ce lobe le bord postérieur d'une scissure qui pendant quelques centimètres quelquefois prolonge le sillon transverse.

*Bord antérieur.*

Mince et tranchant, se dirige de bas en haut et de droite à gauche.

Présente deux échancrures.

*Bord postérieur.*

Épais, large, véritable face, un peu plus mince vers la gauche.

Deux échancrures.

*Extrémité droite.*

Se continue sans aucune démarcation avec la face supérieure.

*Extrémité gauche.*

Très mince et aplatie.

*Coloration du foie.*

Pendant la vie : rouge-brun.

Après la mort : rouge-brun sur certains points, jaunâtre sur d'autres.

Ces différences de coloration étant dues à des différences de réplétion des vaisseaux

## Rapports.

*A.* Immédiats.

*Péritoine. Moyens de fixité.*

Suivant le péritoine d'arrière en avant sur sa face supérieure, on voit qu'il règne depuis le bord postérieur où il vient du diaphragme jusqu'au bord antérieur où il se réfléchit pour tapisser la face inférieure.

Sur la face inférieure il tapisse la partie antérieure du lobe gauche et du lobe carré et se réfléchit dans le petit épiploon vers l'estomac. La partie de la face inférieure située en arrière du petit épiploon est tapissée également par le péritoine appartenant à l'arrière-cavité des épiploons et se continuant en avant avec le feuillet postérieur du petit épiploon et en arrière avec le feuillet pariétal. Sur la face inférieure du lobe droit il continue sans aucune réflexion son chemin jusqu'en arrière où il va alors tapisser le rein.

Suivant le péritoine dans le sens transversal depuis l'extrémité droite, on le voit sur la face su-

périeure se réfléchir sur le diaphragme pour former le ligament suspenseur.

Sur la face inférieure, le péritoine tapisse les différentes éminences et sillons et revêt la face inférieure de la vésicule biliaire.

Le péritoine forme, en se réfléchissant du foie vers les organes voisins, des replis qui sont de véritables ligaments et constituent les moyens de fixité du foie.

a) *Ligament suspenseur du foie ou grande faux du péritoine.*

S'étend de l'ombilic vers le bord antérieur et la face supérieure du foie.

Forme triangulaire, très allongé et recourbé sur son axe.

*Bord supérieur.*

Adhère à la paroi abdominale antérieure, puis à la face inférieure du diaphragme.

*Bord inférieur.*

Contient la veine ombilicale allant de l'ombilic au bord inférieur du foie, accompagne un peu cette veine ombilicale à la face inférieure du foie, mais passe en grande partie à la face supérieure du foie et adhère à cette face supérieure. C'est ce ligament qui sépare cette face supérieure en deux lobes.

*Base.*

Adhère en arrière au ligament coronaire.

Ce ligament est formé de deux lames péritonéales adossées l'une à l'autre et séparées par du tissu conjonctif contenant un nombre assez grand de veinules.

b) *Ligament coronaire.*

Tendu entre le bord postérieur du foie et la paroi abdominale postérieure.

Une lame supérieure venant du péritoine diaphragmatique et allant tapisser la face supérieure du foie.

Une lame inférieure venant de la face inférieure du foie et allant recouvrir la paroi abdominale postérieure et la partie tout à fait inférieure du diaphragme.

Deux extrémités se continuant par les *ligaments triangulaires ou latéraux.*

Entre les deux feuillets existe du tissu cellulaire et par l'intermédiaire de ce tissu cellulaire le foie est en rapport avec le diaphragme presque directement.

c) *Ligaments latéraux.*

Situés aux extrémités du ligament coronaire, ont la forme d'un triangle adhérent par un bord au foie et par l'autre au diaphragme. Ce sommet se continue avec le ligament coronaire, la base reste libre et flottante (Sappey).

Le foie possède encore différents ligaments formés par le péritoine, mais dont le rôle est bien moindre au point de vue de la fixité de la glande.

d) *Ligament gastro-hépatique ou petit épiploon.*

Tendu entre le bord droit de l'estomac et la face intérieure du foie où il s'insère dans le sillon transverse et dans le sillon longitudinal gauche.

Il est formé par deux lames péritonéales et se prolonge jusqu'au duodénum formant par cette partie tout à fait extrême le ligament hépato-duodénal.

Il contient la veine porte, l'artère hépatique et les canaux biliaires.

c) *Ligament hépato-rénal.*

Formé par la réflexion du péritoine de la face inférieure du foie sur la face antérieure du rein.

*B.* Médiats.

*Face supérieure convexe.*

Diaphragme, qu'elle refoule vers la cavité thoracique.

Par l'intermédiaire du diaphragme :

— Base du poumon droit.
— Cœur et péricarde.
— Six ou sept dernières côtes droites.

Paroi antérieure de l'abdomen, dans la région épigastrique.

*Face inférieure.*

1. *Portion gauche.*

— Epiploon gastro-hépatique.
— Bord supérieur du pancréas.
— Face antérieure de l'estomac déterminant sur le foie une dépression.
— Peut quelquefois, chez l'enfant principalement, aller se mettre en contact par son extrémité gauche avec le pôle supérieur de la rate.

2. *Portion droite.*

Capsule surrénale droite, déterminant sur le foie une facette triangulaire s'étendant jusqu'à son extrémité droite et située tout à fait postérieurement.

— Rein droit, déterminant aussi la formation d'une fossette triangulaire plus externe que la précédente.

— Angle droit du côlon, formant aussi une dépression antérieure aux deux précédentes.

3. *Portion centrale.*

α) *Sillon transverse : hile du foie.*

— Branches de terminaison de la veine porte ; l'une dirigée à droite, l'autre à gauche et toutes deux horizontales, semblant se continuer ensemble.

— Artère hépatique, s'y divisant également en deux branches, l'une destinée au lobe droit, l'autre au lobe gauche.

— Filets nerveux, issus du grand sympathique et du pneumogastrique gauche qui est ramifié au-devant de l'estomac.

— Vaisseaux lymphatiques et ganglions.

— Canaux excréteurs du foie, formant deux branches : l'une venant du lobe droit, l'autre du lobe gauche en s'unissant ensemble pour former le canal hépatique qui, s'unissant lui-même plus bas au canal cystique venant de la vésicule biliaire, donnera naissance au canal cholédoque.

— Dans ce même sillon s'insère le bord supérieur ou hépatique du petit épiploon. C'est par cet épiploon qu'arrivent à ce hile la veine porte et l'artère hépatique et que cheminent en sortant du foie les vaisseaux excréteurs et les lymphatiques.

β) *Sillon antéro-postérieur gauche : sillon longitudinal.*

Divisé en deux parties par le sillon transverse qui vient s'unir à lui vers sa portion moyenne.

*Dans la portion antérieure : veine ombilicale.*

Perméable chez le fœtus et apportant le sang oxygéné qui revient du placenta.

Transformée en un cordon fibreux chez l'adulte.

Veine perméable ou cordon fibreux s'unit à la branche gauche de la veine porte.

Le sillon qui livre passage à cette veine est quelquefois transformé en un véritable canal par des ponts de substance hépatique.

*Dans la portion postérieure : canal veineux d'Aranzi.*

Etendu depuis la branche gauche de la veine porte jusqu'à la veine cave.

Il est perméable chez le fœtus et transformé chez l'adulte en un cordon fibreux.

Dans cette même portion de ce sillon continue de s'insérer le bord supérieur du petit épiploon dont nous avons déjà vu une partie s'insérer dans le sillon transverse.

γ) *Sillon antéro-postérieur droit.*

Divisé par le sillon transverse en deux parties, l'une antérieure, l'autre postérieure.

*Dans la partie antérieure.*

— Vésicule biliaire.

— Entre la vésicule et la substance hépatique : artère cystique supérieure et un groupe de veinules et de vaisseaux lymphatiques.

*Dans la partie postérieure.*

— Veine cave inférieure, oblique de bas en haut et de gauche à droite.

— Orifices de veines hépatiques se jetant dans la veine cave.

δ) *Eminence antérieure. Lobe carré.*

— Première portion du duodénum.

ε) *Eminence postérieure : lobe de Spigel.*

— Piliers du diaphragme.

*A gauche.*

— Cardia.

*En bas.*

— Pancréas.

— Tronc cœliaque.

— Petite courbure de l'estomac.

— Partie centrale de l'épiploon gastro-hépatique.

4. *Bord antérieur.*

Dans l'échancrure gauche : veine ombilicale.

Dans l'échancrure droite : fond de la vésicule biliaire venant se mettre en contact avec la paroi abdominale (bord externe du muscle grand droit antérieur du côté droit).

5. *Bord postérieur.*

Diaphragme, dont il n'est séparé que par du tissu cellulaire situé entre les deux feuillets du ligament coronaire.

Dans l'échancrure gauche : œsophage, cardia.

Dans l'échancrure droite : veine cave, confluent des veines sus-hépatiques.

6. *Extrémité droite.*

Diaphragme.

7. *Extrémité gauche.*

Grosse tubérosité de l'estomac.

Rate chez l'enfant et le fœtus.

---

# PLÈVRES

**Définition.**

Deux sacs sans ouverture entourant complètement chaque poumon sans cependant le contenir dans sa cavité.

Chacune des plèvres est formée de deux feuillets :

L'un appliqué au poumon : feuillet viscéral.

L'autre appliqué à la paroi : feuillet pariétal.

**Disposition générale.**

FEUILLET VISCÉRAL.

Tapisse :

— Face externe.

— Base.

— Sommet.

— Bords.

— Face interne.

Au niveau du hile il se réfléchit sur lui pour aller à la rencontre du feuillet pariétal.

— Face des scissures interlobaires.

Adhérence intime au tissu pulmonaire grâce au tissu cellulaire sous-pleural.

Transparence.

FEUILLET PARIÉTAL.

*A. Tapisse.*

*En bas.*

Diaphragme : *plèvre diaphragmatique.*

Depuis le médiastin jusqu'à l'insertion costale du diaphragme.

Mince. Tissu cellulaire sous-pleural chargé de graisse.

*B. En haut.*

Se moule sur sommet du poumon : *cul-de-sac supérieur* ; dôme pleural.

Remonte à deux ou trois centimètres au-dessus de la partie antérieure de la première côte.

*Rapports.*

— Face inférieure de l'artère sous-clavière.

— Branche inférieure du plexus brachial.

— Ganglion cervical inférieur du grand sympathique.

— Origine des : artère vertébrale, artère intercostale supérieure, artère mammaire interne.

— (A gauche) Terminaison du canal thoracique).

— Muscle scalène antérieur.

*Moyens de fixité* (Sébileau).

— Muscle petit scalène.

*Insertions.*

— Apophyses transverses des sixième et septième vertèbres cervicales.

— Bord supérieur de la première côte.

— Faisceaux fibreux, dépendant des aponévroses du cou.

α) Apophyses transverses des quatrième, cinquième, sixième, septième vertèbres cervicales.

— Pointe du dôme.

β) Aponévrose prétrachiale.

— Moitié inférieure du dôme.

γ) Ligament costo-pleuro-vertébral.

— Sixième et septième vertèbres cervicales.

— Première côte.

δ) Ligament costo-pleural.

— Col de la première côte.

— Dôme pleural.

C. *En dedans, tapisse le médiastin : plèvre médiastine.*

*A droite.*

— Partie inférieure de l'œsophage.
— Tronc artériel brachio-céphalique.
— Trachée.
— Veine cave supérieure.
— Péricarde.
— Nerf phrénique.
— Vaisseaux diaphragmatiques supérieurs.

*A gauche.*

— Partie supérieure de l'œsophage.
— Aorte descendante.
— Face gauche de la crosse de l'aorte (gouttière).
— Artère sous-clavière gauche.
— Face gauche du péricarde.
— Nerf phrénique gauche.
— Vaisseaux diaphragmatiques supérieurs.

*A droite et à gauche.*

— Culs-de-sac inter-azygo œsophagien.
— — inter-aortico-œsophagien.
— — pré-œsophagiens.

Au niveau du pédicule pulmonaire, se réfléchit sur ce pédicule et l'entoure, allant rejoindre la plèvre viscérale.

*Au-dessous du pédicule.*

— Ligament pulmonaire.

D. *En dehors, tapisse la paroi costale : plèvre costale.*

*Rapports.*

— Côtes.

— Muscles intercostaux.

Ces différentes parties de la plèvre pariétale se continuent entre elles, formant au niveau de leur union des *culs-de-sac.*

— Union de la plèvre costale et de la plèvre médiastine.

*En avant.*

*Cul-de-sac costo-médiastinal antérieur.*

Derrière le sternum.

*En arrière.*

*Cul-de-sac costo-médiastinal postérieur.*

De la onzième à la dixième vertèbre dorsale.

— Union de la plèvre costale et de la plèvre diaphragmatique :

*Cul-de-sac inférieur et sinus costo-diaphragmatique.*

De la base de l'appendice xyphoïde au col de la douzième côte.

— Entre les lobes pulmonaires : *culs-de-sac inter-lobaires.*

## Structure.

*Couche superficielle :* Endothéliale.
*Couche profonde :* Conjonctive.

## Vaisseaux.

*Artères.*

— Artère bronchique (plèvre viscérale).

— Artères diaphragmatiques (plèvre diaphragmatique).

— Artères médiastines (plèvre médiastine).
— Artère mammaire interne (plèvre médiastine).
— Artères intercostales (plèvre intercostale).

*Veines.*

Aboutissent aux azygos.

*Lymphatiques.*

α) Réseau intra-séreux.

β) Réseau sous-séreux.

Ganglions du hile.

**Nerfs.**

— Plèvre pariétale (nerfs voisins).
— Plèvre viscérale (plexus pulmonaire).

**Physiologie.**

Glissement du poumon sur sa loge.

---

# SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DE LA

# PLEURÉSIE AIGUE, SÉRO-FIBRINEUSE

On nomme pleurésie l'inflammation de la plèvre, caractérisée par la production d'exsudats fibrineux ou pseudo-membraneux (pleurésie sèche) ou liquides (pleurésie avec épanchement).

C'est cette dernière forme, pleurésie avec épanchement séro-fibrineux, forme fréquente et classique que nous devons étudier ici seule, à l'exclusion des autres (pleurésie purulente, hémorrhagique, chyliforme, etc.).

## Symptômes.

Prendre comme type la pleurésie aiguë, survenant chez un adulte en pleine santé, à la suite d'un refroidissement, pleurésie dite a frigore, et qui souvent, mais pas toujours comme le prétend M. Landouzy, est sous la dépendance de la tuberculose.

## Début.

Frisson.

Rarement unique comme celui de la pneumonie ; répété ; manque parfois.

Point de côté.

Vague d'abord et fugitif, va se localiser du côté malade, sous le sein et en dehors, au niveau des cinquième, sixième, septième côtes. Tantôt simple gêne, le plus souvent pongitif, lancinant.

Toux et dyspnée.

Peu marquées.

Et comme *signes physiques* pendant les deux premiers jours, pas grand'chose en général.

— Diminution de la respiration à la base d'un poumon en arrière.

— Parfois respiration soufflante ; frottement.

— Submatité légère.

Fièvre.

Apparaît avec le frisson, la T° monte à 38°, 38°,5.

**Période d'état.**

En deux à quatre jours l'épanchement se constitue et va progressivement s'accroître.

**Signes fonctionnels.**

— Point de côté.

Va s'atténuer.

— Toux.

Brève, sèche, pénible, rarement quinteuse, exaspérant la douleur pleurale.

Survient, quinteuse, lorsqu'on déplace le malade, lorsqu'on le fait asseoir sur son lit.

— Expectoration.

Nulle en général ; parfois muqueuse avec quelques stries sanglantes.

— Dyspnée.

Liée d'abord à la douleur, plus tard à l'abondance de l'épanchement. Fort variable du reste.

**Signes généraux.**

— Fièvre.

Type rémittent, 38° le matin, 39° ou 39°,5 le soir : va s'abaisser peu à peu, sauf si tuberculose pulmonaire concomitante.

— Pouls.

Petit, serré, dur, 120-140.

— Troubles gastro intestinaux.

Langue sale, blanche, anorexie, constipation.

— Amaigrissement. — Anémie.

## Signes physiques.

Malade couché sur le dos, ou plutôt sur le côté sain, les premiers jours (douleur), puis plus tard sur le côté malade (dyspnée).

*Inspection.*

— Thorax dilaté du côté malade, et immobile.

*Palpation.*

— La palpation bimanuelle du thorax confirme l'ampliation du côté malade. La mensuration pourra être également employée.

— La palpation avec la main à plat, pendant que l'on fera compter le malade permettra de constater un signe important : *la diminution ou même l'abolition des vibrations thoraciques.*

— Parfois de la fluctuation des espaces intercostaux (rare, chez sujets très maigres).

*Percussion.*

Donne les signes les plus exacts et permet de suivre pas à pas toutes les phases de la pleurésie.

— *Matité absolue* (si épanchement suffisant) siégeant dans les parties déclives de la plèvre, en arrière et latéralement d'abord. Puis lorsque le liquide augmente, la matité apparaît en avant. La ligne supérieure de la matité est une ligne parabolique (Damoiseau).

— Au sommet du poumon, en arrière et principalement en avant, la sonorité au contraire est augmentée. En avant même, sous la clavicule, la sonorité exagérée a un timbre spécial, c'est le *skodisme sous-claviculaire*.

— Signaler aussi, dans les volumineux épanchements gauches, la *disparition de l'espace semi-lunaire de Traube* (sonorité stomacale).

— Signaler enfin le *signe du sou de Sieur*.

*Auscultation.*

— Affaiblissement et même *disparition du bruit respiratoire* au niveau de l'épanchement.

— *Souffle pleurétique*, doux, lointain, voilé, qui ne s'entend qu'à l'expiration et qui n'existe qu'à la limite supérieure de l'épanchement. Il peut même devenir tubaire.

Ce souffle n'existe guère qu'au début de la maladie.

— L'auscultation de la voix fait constater : *l'égophonie*; *voix de chèvre*, *la voix de polichinelle* (surtout à la limite supérieure de l'épanchement).

— L'auscultation de la voix basse décèle *la pectoriloquie aphone*.

— Au début et surtout à la fin de la pleurésie, au moment où l'épanchement se résorbe on entend le *bruit de frottement*.

*Examen des organes voisins. Leur déplacement.*

— A droite, dans le cas d'épanchement abondant, le foie est abaissé.

— A gauche, le déplacement de la rate est rare.

— Le déplacement du cœur est particulièrement important; refoulé à gauche et en bas dans les pleurésies droites, et surtout à gauche et en bas dans les pleurésies gauches. La pointe bas alors à l'épigastre ou sous le sternum.

**Terminaison.**

1. Par guérison.
2. Par passage à la chronicité.
3. Par la mort.

— La guérison se fait après une période stationnaire parfois courte, le plus souvent durant deux à trois semaines.

Les signes généraux et fonctionnels diminuent les pre-

miers, puis l'épanchement se résorbe, le souffle disparaît, la matité diminue mais persistera longtemps encore à la base (fausses membranes et épaississement), les vibrations thoraciques réapparaissent et la respiration s'entend jusqu'au bas du poumon.

La guérison est obtenue, mais bien souvent des signes d'induration du sommet apparaissent et la tuberculose commence son évolution.

— Le passage à la chronicité amènera plus tard la rétraction du côté correspondant du thorax.

— La mort est relativement rare. Parfois subite (compression des oreillettes ; thrombose de l'artère pulmonaire), tantôt par gêne de l'hématose et asphyxie ; tantôt par une complication (péricardite, congestion pulmonaire). La thoracentèse pratiquée à temps l'évitera donc la plupart du temps, puisqu'elle est surtout produite par des épanchements trop abondants.

## Formes spéciales.

Signaler :

— *La pleurésie double*, toujours grave.

— *La pleurésie diaphragmatique.*

Parfois isolée, caractérisée par un point de côté extrêmement douloureux, s'irradie au creux épigastrique.

Sur le trajet du nerf phrénique existent des points douloureux spéciaux, en particulier entre les deux faisceaux inférieurs du sterno-mastoïdien.

Dyspnée extrême ; hoquet.

Signes physiques presque nuls.

— *La pleurésie interlobaire* assez rare, ainsi que la pleurésie partielle.

## Diagnostic.

Difficile au début, où on peut parfois hésiter entre une pleurésie et une *pneumonie.*

Mais dans la pneumonie on a un grand frisson unique, des crachats rouillés, du retentissement exagéré de la voix et des râles crépitants.

— Le point de côté peut prêter à confusion avec :

— *La névralgie intercostale simple.*

— *La colique hépatique.*

— Les autres diagnostics à faire sont avec :

— *La pneumonie massive de Grancher.*

— *La splèno-pneumonie* (*forme de congestion pulmonaire*).

— *Les kystes hydatiques du poumon ou du foie.*

— *L'hydrothorax* (mêmes signes physiques, mais coïncidant avec d'autres hydropisies et sous la dépendance d'une affection cardiaque ou rénale).

— *La péricardite avec épanchement.*

Dans tous les cas on analysera soigneusement les signes physiques et fonctionnels, et on tranchera la question par la ponction exploratrice, qui en même temps montrera la nature séro-fibrineuse du liquide, éliminant les épanchements purulents, hémorrhagiques, chyliformes.

# LIGATURE ET SECTION DU CORDON OMBILICAL

Le cordon ombilical est une tige arrondie, vasculaire, se rendant du placenta à l'ombilic du fœtus et permettant les échanges nutritifs entre la mère et ce dernier.

— A la naissance il présente environ la grosseur du petit doigt. Sa surface extérieure est lisse, mais irrégulière par suite de la torsion des vaisseaux. Sa longueur moyenne fort variable est de 50 centimètres.

— A l'ombilic il se continue par un repli cutané de un centimètre. Sur le placenta il s'insère en général au centre, plus rarement sur les bords ; parfois enfin ses éléments sont éparpillés (insertion vélamenteuse).

— Il présente une torsion constante, environ dix à quinze tours ; torsion due à l'enroulement des artères ombilicales autour de la veine du même nom.

— Sa structure est la suivante :

— Gaîne fournie par l'amnios.

— Du tissu muqueux, abondant (gélatine de Warthon).

— Les débris du pédicule de l'allantoïde.

Et surtout :

— Une veine ombilicale, volumineuse, régulière, présentant des valvules incomplètes.

— Deux artères ombilicales, plus petites, enroulées autour de la veine.

Ces notions générales connues, nous entrons maintenant dans la question proprement dite.

1. *Y a-t-il utilité de lier le cordon, ou ne suffit-il*

*pas, imitant simplement les animaux, de sectionner le cordon près de l'ombilic ?*

— En premier lieu, les animaux mâchonnent ou piétinent le cordon, amenant de ce fait l'hémostase.

En second lieu, on peut ne pas lier le cordon chez l'enfant et ne pas avoir d'hémorrhagies, mais cela n'a rien d'absolu et toutes les fois que pour une cause quelconque (mucosités, maillot trop serré) la respiration est entravée, d'où gêne circulatoire, il se produira une hémorrhagie.

Des hémorrhagies mortelles se sont produites dans ce cas chez des nouveaux-nés dont la ligature du cordon n'avait pas été assez serrée.

Il y a donc nécessité de lier le cordon.

2. *A quel moment doit-on lier le cordon ?*

La ligature doit être tardive ; en effet l'aspiration thoracique fait pénétrer chez l'enfant la quantité de sang qui est nécessaire pour remplir les vaisseaux de sa petite circulation.

C'est ce qu'il ressort des travaux de Budin et de Ribemont-Dessaigues.

La ligature tardive, c'est-à-dire pratiquée après cessation des battements dans les artères ombilicales, donne à l'enfant environ 90 grammes de sang de plus que si on la pratiquait aussitôt après la naissance.

3. *Comment lie-t-on le cordon ?*

L'accouchement vient de se faire ; l'enfant sorti des organes génitaux, couché sur un linge chaud entre les cuisses de la mère, commence à crier et à s'agiter. On enlève les mucosités qui ont pu pénétrer dans sa bouche et on veille à ce que son cordon ne soit pas comprimé, et surtout à ce qu'il ne tiraille pas sur le placenta.

On attend un moment, et lorsque les battements ont cessé (on prend le cordon entre les doigts, à 10 ou 12 centimètres), on va procéder à sa ligature puis à sa section.

A. *Procédé classique.*

1. *Préparatifs.*

On a préparé de la forte soie plate, stérilisée, une paire de ciseaux droits, deux pinces hémostatiques. Le tout baigne dans un liquide antiseptique.

2. *Ligature.*

On place une ligature serrée, écrasant tout, déterminant un profond sillon à deux ou trois centimètres de l'insertion ombilicale du cordon.

3. *Section.*

On sectionne le cordon en dehors de la ligature.

On a discuté la question de savoir s'il est nécessaire ou avantageux de poser une double ligature ; c'est-à-dire de lier à quelques centimètres en dehors de la première le bout placentaire et de sectionner le cordon entre les deux.

La nécessité n'existe que lorsqu'il y a grossesse gémellaire patente ou soupçonnée ; car il y a souvent dans ce cas communication entre les deux circulations fœtales par le placenta. En dehors de ce cas, il vaut mieux ne pas lier le bout placentaire, la délivrance est plus lente en effet lorsque le sang est accumulé dans le placenta.

B. *Autres procédés.*

*a*) Beaucoup d'accoucheurs remplacent la ligature par une pince hémostatique qu'on laisse à demeure enveloppée dans une épaisse couche de ouate jusqu'à la chute du cordon.

*b*) D'autres mettent momentanément une pince, procèdent à la toilette du nouveau-né et ne pratiquent la ligature définitive qu'au moment de l'enmaillottage.

*c*) Signaler enfin la ligature dite en bouchon de champagne, préconisée par Budin.

*d*) Dans le cas de cordons volumineux, chargés tissu muqueux, cordons gras, la striction est difficile et l'hémorrhagie consécutive fréquente.

On peut alors employer divers expédients :

— Le procédé de l'allumette de Tarnier.

— Les mouchetures du cordon qui diminueront son volume.

— La ligature avec un fil de caoutchouc.

*e*) Enfin le cordon a pu être arraché en partie au niveau de son insertion ombilicale pendant l'accouchement. Dans ce cas, tantôt on suturera les lambeaux, tantôt on appliquera un pansement compressif.

4. *Pansement du cordon.*

On vérifie après le nettoyage du nouveau-né (bain, saupoudrage) s'il n'y a pas de suintement sanguin, et on procède au pansement.

On enveloppe le reste du cordon dans de la ouate stérilisée, et on maintient soit avec une bande de flanelle non serrée, soit simplement avec des langes.

Ce pansement sera renouvelé fréquemment jusqu'à la chute du cordon et à la cicatrisation de l'ombilic.

5. *Modifications qui vont se produire au niveau du cordon. Sa chute.*

La portion de cordon qui n'a pas été coupée va diminuer et se dessécher. Elle va former un cordon aplati, brunâtre, desséché.

— Nous n'avons pas ici à indiquer les théories invoquées pour expliquer la chute du cordon. L'étranglement par l'anneau ombilical invoqué par Richet n'est plus admis aujourd'hui. Les recherches de Tillaux, Sappey, Lignerolles ont montré qu'il y avait nécrose aseptique à la suite d'arrêt circulatoire.

— Au niveau de l'insertion abdominale va se former un sillon. Au quatrième, cinquième jour, en général, parfois beaucoup plus tard (dixième, quinzième) le cordon desséché se détache, laissant la cicatrice ombilicale.

6. *Accidents divers accompagnant la ligature du cordon.*

a) *Immédiats.*

— Hémorrhagies.

Par suite de ligature mal faite, surtout si cordon gras.

— Si une anse intestinale fait saillie dans le cordon, et si on place la ligature trop près de l'ombilic, elle pourra être liée.

b) *Consécutifs.*

— Infections ombilicales.

— Lymphangite.

— Erysipèle péri-ombilical.

— Phlegmon de l'ombilic.

— Gangrène et ulcère de l'ombilic.

Toutes affections qui actuellement deviennent rares et qu'une asepsie bien faite doit éviter.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.* — ANATOMIE : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** PATHOLOGIE : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — ANATOMIE : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** PATHOLOGIE : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** PATHOLOGIE : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — ANATOMIE : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

*Fascicule XXXIII.* — ANATOMIE : **I. Configuration extérieure et rapports du cæcum. — II. Tronc cœliaque.** PATHOLOGIE : **I. Hématémèses. — II. Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire, aiguë, franche. — III. Fistules à l'anus.**

*Fascicule XXXIV.* — ANATOMIE : **I. Rapports du rectum. — II. Configuration extérieure et rapports du foie — III. Plèvres.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse. — II. Ligature et section du cordon ombilical.**

*Fascicule XXXV.* — ANATOMIE : **I. Rapports de l'utérus. — II. Rapports des reins.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. — II. Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. — III. Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.**

*Fascicule XXXVI.* — ANATOMIE : **I. Urétère. — II. Rapports de la vessie. — III. Bassin osseux.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de la colique néphrétique. — II. Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.**

*Fascicule XXXVII.* — ANATOMIE : **I. Rapports de la rate. — II. Configuration extérieure et rapports du pancréas.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de la grossesse. — II. Hématuries. — III. Cautérisation par la chaleur.**

*Fascicule XXXVIII.* — ANATOMIE : **I. Veine porte. — II. Corps thyroïde. — III. Os maxillaire supérieur.** PATHOLOGIE : **I. Hémorrhoïdes. — II. Signes et diagnostic de l'appendicite.**

*Fascicule XXXIX.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région sous-hyoïdienne. — II. Articulation sacro iliaque.** ANATOMIE : **I. Hydrocèle. — II. Signes et diagnostic du pneumothorax. — III. — Tubage du larynx.**

*Fascicule XL.* — ANATOMIE : **I. Enveloppes de testicules. — II. Cordon spermatique. — III. Veines azygos.** PATHOLOGIE : **I. Métrorrhagies. — II. Fissure à l'anus. — III. Varicocèle.**

SAINT AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 35**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Rapports des reins.** |
| II. | — . . . | **Rapports de l'utérus.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Signes et diagnostic de la colique hépatique.** |
| II. | — . . . | **Signes et diagnostic du cancer de l'utérus.** |
| III. | — . . . | **Signes et diagnostic de la pleurésie purulente.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 40*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# RAPPORTS DES REINS

**Définition.**

Les reins sont deux organes glandulaires, absolument symétriques l'un à l'autre et ayant pour rôle la sécrétion de l'urine.

**Situation.**

Dans la région lombaire :

— Sur les parties latérales des première et deuxième vertèbres lombaires et de la douzième vertèbre dorsale.

En avant de la paroi abdominale postérieure :

— Muscle psoas iliaque ; muscle carré des lombes.

En arrière du péritoine, de la masse intestinale, du foie et du pancréas.

Au-dessous du diaphragme :

Au-dessus du bassin dont le rein gauche est du reste un peu plus distant que le rein droit.

Couchés contre la paroi abdominale postérieure, ils sont plus voisins l'un de l'autre par leur extrémité supérieure que par leur extrémité inférieure.

Leur face antérieure regarde en même temps en dehors, la face postérieure en dedans.

**Forme.**

Une face antérieure convexe.

Une face postérieure convexe également.

Un bord externe convexe.

Un bord interne, concave dans sa partie médiane, convexe en haut et en bas.

Deux extrémités : l'une supérieure, l'autre inférieure, toutes deux arrondies.

## Moyens de fixité.

1. Vaisseaux qui abordent le bord interne du rein, qui sont gros, courts et fixés par leur autre extrémité à l'aorte ou à la veine cave.

2. Péritoine qui passe au-devant des reins et les maintient appliqués contre la paroi abdominale postérieure.

3. Et surtout capsule fibro-adipeuse, entourant complètement chacun des reins.

## Rapports.

Immédiats.

*Capsule fibro-adipeuse.*

Comprenant un sac fibreux rempli de tissu adipeux. Le sac fibreux est formé par le fascia propria qui double sur certains points le péritoine.

Au niveau du bord externe de chacun des reins, le fascia propria péritonéal se dédouble en deux feuillets, l'un passe en avant du rein, l'autre en arrière et ils se reconstituent en un seul feuillet sur le bord interne du rein, sur ses extrémités supérieure et inférieure. Ainsi est formé un sac qui entoure complètement le rein.

A l'intérieur de ce sac est en abondance du tissu adipeux siégeant surtout entre la face postérieure du rein et le feuillet postérienr de la capsule. Ce tissu adipeux n'existe pas chez l'enfant, il ne commence à paraître que vers 10 ou 12 ans. Il remplit complètement la capsule fibreuse. S'il vient à disparaître le rein devient *mobile* à l'intérieur de son sac fibreux trop grand pour lui.

En haut, ce sac fibreux sépare l'extrémité supérieure du rein de la capsule surrénale.

En bas, il se prolonge jusqu'au niveau du bord supérieur de l'excavation pelvienne.

Dans l'intérieur même du tissu adipeux circulent des veines recevant du sang du rein, et surtout l'arcade exo-rénale de Lejars s'anastomosant en haut avec la veine capsulaire ou la veine rénale en contournant l'extrémité supérieure du rein et en bas avec les veines spermatiques ou utéro-ovariennes.

MÉDIATS.

Par l'intérmédiaire de la capsule fibro-adipeuse.

*En arrière.*

α) *Muscle psoas iliaque.*

*Plexus lombaire* situé dans l'épaisseur même des insertions vertébrales du muscle psoas iliaque.

β) — *Feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du muscle transverse de l'abdomen.*

*Ligament lombo-costal de Henle.*

γ) *Muscle carré des lombes.*

δ) *Feuillet moyen de l'aponévrose du transverse, muscles spinaux.*

*Feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse.*

ε) *Muscle grand dorsal, muscle grand oblique de l'abdomen, délimitant entre eux le triangle de J. L. Petit qui surmonte la partie postérieure de la crête iliaque.*

*En avant.*

*Péritoine pariétal.*

*Rein droit.*

*Lobe droit du foie.*

Sur la face inférieure duquel il détermine une empreinte voisine de l'extrémité droite.

Le péritoine forme entre le rein et le foie un repli : ligament hépato-rénal.

*Portion descendante ou seconde portion du duodénum.*

Qui avoisine le bord interne du rein.

*Côlon ascendant.*

Situé un peu plus en dehors que le duodénum et recevant les artères coliques droites supérieures.

*Tête du pancréas.*

Dans le fer à cheval décrit par l'anse duodénale.

*Plus en avant.*

Masse de l'intestin grêle.

*Rein gauche.*

— *Près de l'extrémité supérieure.*

*Rate.*

Qui recouvre cette portion du rein par son extrémité inférieure.

*Queue du pancréas.*

*Ligament pancréatico-splénique.*

— *Péritoine.*

Formant le mésocôlon descendant.

— *Arc vasculaire de Treitz.*

Formé par l'artère colique gauche supérieure et la veine mésentérique inférieure.

— *Fossette péritonéale, duodénale supérieure.*

*Plus en avant.*

— *Grosse tubérosité de l'estomac.*

Imprimant sur le rein une dépression: *empreinte gastrique.*

*Bord externe.*

*Rein gauche.*

Côlon descendant.

*Des deux côtés.*

Insertions costales du diaphragme.
Paroi abdominale latérale.

*Bord interne.*

*Organes du hile rénal :*

*Artère rénale.*

— Venant de l'aorte par un trajet descendant et se divisant pour entrer dans le rein en 4 branches : supérieure, inférieure, antérieure, postérieure.

*Veine rénale.*

Sortant par plusieurs branches de la substance rénale et se rendant à la veine cave.

*Bassinet.*

Formé par l'union des calices et donnant naissance à l'uretère.

Ces trois organes sont dans le hile, situés dans l'ordre suivant, d'avant en arrière : veine, artère, bassinet.

En même temps entrent dans les reins des ramifications nerveuses venant du grand sympathique et des nerfs splanchniques et sortent des vaisseaux lymphatiques.

*Près de l'extrémité inférieure de ce bord interne.*

Artères spermatiques ou utéro-ovariennes et veines satellites.

*Plus loin.*

Aorte.

Plus près du rein gauche.

Veine cave inférieure.

Plus près du rein droit.

Ramification du grand sympathique entourant l'aorte.

Colonne vertébrale.

Douzième vertèbre dorsale.

Première et deuxième vertèbres lombaires.

*Extrémité supérieure.*

Capsule surrénale et ses vaisseaux.

Artères capsulaires : supérieure, moyenne, inférieure.

Veine capsulaire.

Diaphragme.

Piliers diaphragmatiques.

*Extrémité inférieure.*

Se met en rapport avec le bord supérieur du bassin.

L'extrémité inférieure du rein gauche en est distante de 3 cent. 1/2.

L'extrémité inférieure du rein droit de 2 cent.

---

# RAPPORTS DE L'UTÉRUS

**Définition.**

L'utérus est un organe à parois musculaires qui est destiné à recevoir dans sa cavité l'ovule fécondé pour le contenir et présider à sa nutrition jusqu'au moment de l'accouchement.

**Situation.**

Dans la cavité du petit bassin.

Il surmonte le vagin avec la cavité duquel la cavité utérine elle-même communique.

Il est : sous-jacent à la masse de l'intestin grêle.

— postérieur à la vessie et à la paroi abdomino-pelvienne antérieure.

— antérieur au rectum et au sacrum.

— situé entre les trompes qui aboutissent à sa cavité par leur extrémité interne.

**Forme.**

Cône aplati d'avant en arrière.

On peut lui décrire trois portions :

— Corps.

La partie la plus élevée et la plus volumineuse.

— Col.

Partie inférieure à peu près cylindrique.

— Isthme.

Portion rétrécie séparant les deux portions précédentes.

**Moyens de fixité.**

L'utérus est maintenu en place par :

1. — Sa continuité en bas avec le vagin fixé lui-même par son adhérence au plancher pelvien.

2. — Des ligaments présentant tous une structure identique, c'est-à-dire :

— Au centre une lame musculaire émanée des parois utérines et gagnant la paroi pelvienne.

— A la périphérie, le péritoine recouvrant cette lame musculaire.

— Entre le péritoine et la lame musculaire : du tissu cellulaire et des vaisseaux.

Ces ligaments sont :

*En avant.*

— Ligament rond.

*En arrière.*

— Ligaments utéro-sacrés et utéro-lombaires.

*Latéralement.*

— Ligaments larges.

a) *Ligaments ronds.*

*Situation.*

En avant de l'utérus, étendus entre la partie supérieure et latérale de l'utérus, et l'angle du pubis.

*Longueur.*

12 à 14 centimètres.

*Forme.*

Aplatie dans le voisinage de l'utérus.

Arrondie dans le voisinage de la région inguinale.

*Insertions.*

*Utérine.*

Partie antérieure de la corne utérine (angle supérieur et latéral du corps utérin).

*Pelvienne.*

— Paroi du canal inguinal.

— Face antérieure de l'angle du pubis ; épine pubienne.

— Grandes lèvres.

*Trajet.*

Décrivant une courbe à concavité interne.

*Structure.*

*Au centre.*

— Fibres musculaires : lisses dans la moitié interne ; striées dans la moitié externe.

— Artère du ligament rond, émanée de l'artère épigastrique.

— Veines, formant un plexus, se terminant dans les veines épigastriques et iliaques externes.

— Lymphatiques allant aux ganglions iliaques et aux ganglions de l'aine.

— Nerfs issus du rameau génital de la branche génito-crurale.

*A la périphérie.*

— Péritoine se continuant en avant avec le péritoine pariétal de la paroi abdominale antérieure ; en arrière avec le péritoine tapissant l'utérus et le ligament large.

b) *Ligaments utéro-sacrés.*

*Insertions.*

*Utérine.*

Face postérieure du col un peu au-dessus de l'isthme.

*Sacrée.*

Première, deuxième, troisième vertèbres sacrées, immédiatement

en dedans de l'articulation sacro-iliaque.

Cinquième vertèbre lombaire (la partie supérieure de ce ligament allant à la cinquième vertèbre lombaire forme *le ligament utéro-lombaire*).

*Trajet.*

Décrivant une courbe à concavité regardant en dedans, embrassant le rectum et délimitant latéralement l'orifice de la cavité de Douglas ou cul-de-sac recto-utérin.

*Structure.*

*Au centre.*

— Fibres musculaires.

— Quelques veines ; quelques filets nerveux.

*A la périphérie.*

— Péritoine, se continuant en avant avec le péritoine de la face postérieure de l'utérus ; latéralement avec le péritoine pariétal.

c) *Ligaments larges.*

— Situés latéralement entre l'utérus et la paroi pelvienne.

— Forme quadrangulaire avec :

— Bord interne adhérant au bord de l'utérus.

— Bord externe adhérant à la paroi pelvienne.

— Bord supérieur libre.

— Bord inférieur adhérant au plancher pelvien.

— Deux faces : l'une antérieure, l'autre postérieure.

*Structure.*

*Au centre.*

— Fibres musculaires émanées de l'utérus et éparses au milieu du tissu cellulaire.

— Tissu cellulaire.

— Près du bord supérieur :

— *En avant.*

— Partie originelle du ligament rond.

— *Au milieu.*

— Trompe, artère utéro-ovarienne.

— *En arrière.*

— Ovaire et ligaments :

— Infundibulo-ovarien, allant de la trompe à l'ovaire.

— Utéro-ovarien, allant de la corne utérine à l'ovaire.

— Près du bord inférieur :

— Uretère.

— Artère utérine.

Qui s'entrecroisent ensemble.

L'artère utérine est entourée de tissu cellulaire dense émané de la gaîne hypogastrique.

— Près du bord interne.

— Artère utérine côtoyant le bord de l'utérus et allant à la rencontre de l'artère utéro-ovarienne avec laquelle elle s'anastomose au-dessous de la trompe.

Dans ce trajet juxta-utérin l'artère utérine donne de nombreuses branches à l'utérus.

*A la périphérie.*

*Péritoine.*

Tapissant la face antérieure et la face postérieure.

Formant au niveau du bord supérieur trois replis ou ailerons entourant :

— Le ligament rond.

— La trompe.

— L'ovaire et ses ligaments.

Se continuant : latéralement avec le péritoine pariétal des parois pelviennes ; en bas avec le péritoine tapissant le plancher pelvien.

**Rapports.**

1. *Avec le péritoine.*

*Sur la ligne médiane.*

Péritoine :

Tapisse face postérieure de la vessie jusqu'au voisinage du plancher pelvien.

Forme le cul-de-sac vésico-utérin.

Puis remonte sur la face antérieure de l'utérus.

Franchit le fond de l'utérus.

Redescend sur sa face postérieure.

S'approche de nouveau du plancher pelvien, formant le cul-de-sac de Douglas ou recto-utérin.

Remonte sur la face antérieure du rectum.

*Sur les parties latérales.*

Péritoine :

Vient de la paroi abdomino-pelvienne antérieure.

Entoure le ligament rond qui le soulève en allant de la corne utérine vers l'orifice profond du canal inguinal.

Tapisse la face antérieure du ligament large.

Le bord supérieur du ligament large où il forme trois ailerons déjà signalés en rencontrant les organes contenus dans l'intérieur du bord supérieur de ce ligament.

Tapisse la face postérieure du ligament large et enfin les ligaments utéro-sacrés.

*En dehors.*

Il se continue avec le péritoine pariétal.

*En dedans.*

Avec le péritoine tapissant l'utérus.

2. *Avec les organes voisins.*

α) *Corps.*

*En avant.*

— Vessie (face postérieure).

— Anses intestinales descendant quand la vessie est vide dans le cul-de-sac vésico-utérin.

*En arrière.*

— Rectum.

— Anses intestinales. Portion transversale du côlon pelvien descendant plus ou moins dans le cul-de-sac recto-utérin quand le rectum est vide.

*Latéralement.*

— Ligaments larges et leur contenu ; particulièrement : artère utérine remontant le long du bord de l'utérus et accompagnée de plexus veineux.

— Plus loin accolées contre les parois pelviennes :

— Artère iliaque primitive.
— Artère iliaque externe. } « Limitant.....
— Artère hypogastrique. } ...l'ovaire. »

Limitant entre elles la fossette ovarienne contenant normalement l'ovaire.
— Artère obturatrice.
— Veines, les accompagnant.
— Nerf obturateur.
— Uretère.

*En haut.*

— Anses intestinales.
— Le fond de l'utérus est situé à deux ou trois centimètres d'un plan passant par le détroit supérieur du bassin.

β) *Col.*

Peut être divisé en trois segments.

a) *Segment supérieur sus-vaginal.*

*En avant.*

— Vessie.
— Tissu conjonctif lâche.

*En arrière.*

— Rectum.
— Cul-de sac de Douglas.

*Latéralement.*

— Bord interne des ligaments larges.
— Uretère.
— Lymphatiques pelotonnés et prenant l'apparence d'un ganglion (L. Championnière).

b) *Segment vaginal.*

Correspondant à l'insertion du vagin sur l'utérus, suivant un plan oblique en bas et en avant.

c) *Segment intra-vaginal : museau de tanche.*

Entouré à distance par les parois vaginales.

Entre les parois vaginales et le museau de tanche : culs-de-sacs antérieur, postérieur, latéraux.

A l'état de plénitude l'utérus augmente considérablement de volume et remonte dans la grande cavité abdominale où il se met en rapports plus intimes avec les anses intestinales.

En haut il se rapproche du foie, de l'estomac, du diaphragme.

En avant on le sent à la palpation sous la paroi abdominale.

Après l'accouchement il subit une régression qui le ramène en quelques semaines à sa place normale dans la cavité pelvienne.

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA COLIQUE HÉPATIQUE

La colique hépatique est un syndrome paroxystique, douloureux, dû à la migration de corps étrangers à travers les voies biliaires extra-hépatiques.

Elle se rencontre presque exclusivement au cours de la lithiase biliaire et est due à la projection de calculs hors de la vésicule biliaire et à leur migration à travers les canaux cystique et cholédoque.

C'est ainsi que nous devons l'envisager, accident mécanique de la lithiase biliaire, dont elle constitue un des signes révélateurs ; nous laisserons de côté les cas fort rares où elle est déterminée par la migration de vésicules hydatiques ou d'helminthes.

## Symptômes.

Se rencontre à l'âge adulte, principalement chez la femme, et est notablement influencée par les excès, le surmenage, l'accouchement et les émotions morales.

### Prodromes.

— Très vagues ; nausées ; troubles digestifs.

— Willemin a signalé la tuméfaction de la vésicule biliaire ?

### Début.

Survient principalement après les repas, provoquée par la chasse biliaire physiologique ; brusque toujours.

ÉTAT.

*Douleur.*

*a*) Localisée.

Au niveau de l'hypochondre droit, en particulier au niveau du fond de la vésicule biliaire.

*b*) Irradiée.

A l'épigastre ; dans le flanc droit et en particulier à l'épaule droite et à l'omoplate (irradiation caractéristique).

Plus rarement à la région lombaire.

*c*) Spontanée ; très aiguë ; continue paroxystique.

*d*) Exagérée par la pression, en particulier au niveau de la vésicule (intersection du muscle grand droit et de la dixième côte), c'est le point cystique.

Exagérée même par le frôlement de la région hépatique (hyperesthésie cutanée).

*e*) Diminuée par le relâchement de la paroi abdominale antérieure ; d'où position couchée du malade, cuisses fléchies en chien de fusil.

Cette douleur est extrême, arrachant des cris au malade.

*Nausées* ; *Vomissements.*

Sont le fait d'irradiations réflexes.

Vomissements alimentaires, puis muqueux.

Ce sont les deux symptômes capitaux de la colique hépatique. Au bout de quelques heures tout paraît se calmer. La crise peut être finie, mais souvent de nouveaux paroxysmes surviennent, faisant durer la colique hépatique plusieurs jours.

Sinon le malade s'endort et se réveille brisé, débarrassé de ses douleurs, momentanément tout au moins. De nouveaux symptômes vont apparaître au 2e ou 3e jour, surtout si la crise n'est pas finie.

*Ictère.*

Varie depuis la simple teinte subictérique des conjonctives jusqu'au bel ictère jaune d'or.

Les conjonctives d'abord, puis la face inférieure de la langue, enfin les téguments sont envahis.

En même temps :

Coloration ictérique des urines. Ces dernières, rares, jaune acajou, renferment des pigments biliaires qu'on décèlera par la réaction de Gmelin (anneau vert donné par l'acide nitrique nitreux).

Ralentissement du pouls.

Prurit cutané.

Odeur fétide des selles qui sont plus ou moins décolorées (argileuses).

*Constatation dans les selles des calculs expulsés.*

Manque fréquemment, puisque le calcul retombe souvent dans la vésicule.

Cependant, dans les cas douteux, on devra les rechercher ; on tamisera lentement sous un filet d'eau les matières fécales recueillies.

Enfin pour terminer cette description, signalons quelques phénomènes accessoires.

Dilatation du cœur droit ; souffle tricuspidien, et, à la suite de plusieurs crises de colique, asystolie réflexe.

Troubles nerveux (phénomènes d'excitation on de dépression).

Convulsions ; délire.

Troubles urinaires.

Les urines d'abord rares, rouge acajou, vont devenir abondantes, claires (urines nerveuses).

Enfin la fièvre est rare. On dit que la colique hépatique est toujours apyrétique. C'est exagéré. Souvent une légère élévation thermique, et parfois même un grand frisson avec une température de

40°, en dehors de toute complication infectieuse du côté des voies biliaires.

**Formes.**

1. *Selon la gravité.*

a) *Colique hépatique larvée.*

La migration calculeuse se traduit seulement par des réactions nerveuses éloignées.

La gastralgie en est une forme fréquente. Plus rarement on a de la névralgie faciale, dentaire, etc.

b) *Formes graves.*

Prolongées, aboutissant à l'asystolie, ou mort subite par réflexe sur les filets cardiaques du pneumogastrique.

2. *Selon l'acuité.*

Formes légères, moyennes, intenses.

3. *Selon la durée.*

Abortives ; courtes (quelques heures) ou prolongées.

4. *Selon la variété anatomique.*

*a*) Si calcul dans canaux hépatiques, colique courte, avec ictère rapide.

*b*) Si calcul dans canal cystique, il retombera souvent dans la vésicule, aussi pas d'ictère, pas de calcul dans les selles.

*c*) Si calcul dans le cholédoque on a :

Douleur.
Ictère.
Tuméfaction de la vésicule.
Absence de vomissements bilieux.

**Diagnostic.**

C'est principalement l'élément douleur qui peut prêter à confusion.

Il ne faudra pas confondre avec :

*Colique néphrétique droite.*

Mais troubles urinaires, hématurie frqéuente et

graviers. Douleur siégeant plus bas et irradiée au membre inférieur et au testicule.

*Colique saturnine.*

Mais antécédents, liseré gingival, ventre en bateau, douleur soulagée par la pression large et profonde.

*Appendicite.*

Douleur plus localisée à la fosse iliaque droite. Point de Mac Burney. Phénomènes généraux.

*Coliques intestinales simples.*

Borborygmes ; selles diarrhéiques.

*Coliques intestinales par empoisonnement.*

*Crises douloureuses du tabes.*

*Phénomènes douloureux de l'hystérie ; du rein mobile.*

*Gastralgie (par hyperchlorhydrie ou ulcère simple de l'estomac).*

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'UTÉRUS

Les tumeurs épithéliales de l'utérus sont d'une fréquence extrême ; elles représentent près du tiers des cancers de la femme.

Rares avant trente ans, c'est entre quarante et cinquante, au moment de la ménopause, qu'elles atteignent leur maximum de fréquence.

Il est nécessaire avant toute description clinique d'indiquer sommairement les variétés anatomo-pathologiques que revêt le cancer utérin.

1. *Le cancer du col de l'utérus* est la variété habituelle.

Tantôt c'est de l'épithélioma débutant par la surface externe de la partie vaginale du col (épithélioma pavimenteux lobulé ou tubulé, se propageant tardivement au corps utérin, se généralisant fort rarement ; mais envahissant rapidement les tissus voisins : (vagin, vessie, rectum).

Tantôt au contraire l'épithélioma débute dans les glandes de la muqueuse du canal cervical (épithélioma cylindrique qui bourgeonne et infiltre).

2. *Le cancer du corps de l'utérus* est plus rare. Il succède en général au cancer du col. Il peut cependant être primitif.

Le carcinome et surtout le sarcome se rencontrent souvent comme tumeur maligne du corps.

**Symptômes.**

Prendre comme type le cancer du col.

1. Signes fonctionnels et généraux.

*A.* Période latente.

Plus ou moins longue; quelques douleurs sourdes; règles très abondantes. Quelques hémorrhagies dans leur intervalle.

A ce moment ce sera le hasard qui fera faire le diagnostic. L'examen de l'utérus pratiqué pour une cause quelconque (hémorrhagies, soupçons de métrite) décélant la présence d'une ulcération néoplasique, ou de bourgeons saignants.

*B.* Période d'état.

*Hémorrhagies.*

Constituent le premier symptôme.

Tantôt les règles sont augmentées (ménorrhagie) tantôt l'hémorrhagie survient en dehors des règles à l'occasion d'un traumatisme quelconque ou spontanément (métrorrhagie).

Toute hémorrhagie répétée survenant après la ménopause doit faire soupçonner le début d'un cancer.

Parfois très abondantes, répétées, exigeant une intervention pour parer aux accidents d'anémie qu'elles déterminent.

*Ichorrhée.*

Succède en général ou accompagne les hémorrhagies.

Au début, on a fréquemment de l'*hydrorrhée* (écoulement de sérosité) et de la *leucorrhée* (écoulement de mucus ou de mucopus).

Puis l'écoulement ichoreux survient, presque pathognomonique du cancer utérin.

C'est un écoulement sanieux, séro-purulo-sanguinolent, brunâtre ou jaunâtre suivant la quantité de sang qu'il contient, parfois rosé.

On l'a comparé à de la lavure de chair ou à de la raclure de boyaux.

Son odeur est d'une fétidité repoussante, caractéristique en imprégnant pendant plusieurs heures le doigt qui a pratiqué le toucher vaginal.

Cette odeur est pour l'entourage une cause de dégoût.

*Douleur.*

D'abord celle de la métrite, siégeant dans le bassin avec irradiations lombaires et le long des membres inférieurs.

Elles augmenteront lorsque les tissus de voisinage seront envahis, deviendront incessantes, horribles.

*Troubles vésicaux et rectaux.*

Sous la dépendance d'une part des douleurs, et de l'autre de l'infiltration néoplasique du tissu cellulaire qui emprisonne dans une gaîne inextensible la vessie et le rectum et va gagner leurs parois.

D'où incontinence ; écoulement incessant de l'urine qui, mélangée au liquide ichoreux, délerminera de l'érythème des cuisses.

*C.* Période de cachexie.

a) *Augmentation de la douleur.*

Crises horribles ; avec parfois poussées péritonitiques.

b) *Phénomènes de compression.*

Compression des uretères en particulier (signes d'urémie ; plus rarement hydronéphrose). Compressions veineuses et envahissement des vaisseaux (phlegmatia alba dolens).

Rétention des matières fécales (coprémie).

c) *Phénomènes de destruction.*

Rectum et vessie envahis, perforés. Le vagin n'est plus qu'un cloaque infect où se mêlent à l'urine et aux matières fécales les débris sphacélés de la tumeur (Delbet).

d) *Troubles de l'état général.*

Anémie, puis cachexie cancéreuse. Amaigrissement ; teinte jaune paille des téguments.

La mort a lieu en un, deux ou trois ans soit par le progrès même de la cachexie, soit à la suite d'une phlegmatia, d'une complication pulmonaire, de l'urémie ; plus rarement d'une péritonite ou de la septicémie.

Plus le sujet est jeune, plus la mort sera rapide.

2. Signes physiques.

Sont donnés par le toucher et l'examen au spéculum.

a) *Dans la forme papillaire, bourgeonnante.*

Le doigt tombe sur des masses molles, bourgeonnantes, saignant au moindre contact, reposant sur une partie résistante (masses en choux-fleurs).

Le doigt est retiré couvert de sang et de sanie fétide.

b) *Dans la forme infiltrée, interstitielle, ulcéreuse.*

D'abord des nodosités, puis une ulcération inégale, dure, mais cependant se laissant facilement effriter par l'ongle.

Spiegelberg a montré que la muqueuse avait perdu sa mobilité et que le col devient indilatable.

Cancer du corps.

Donne lieu au début à des symptômes analogues à ceux des fibromyomes.

*Métrorrhagies.*

*Intensité précoce des douleurs.*

Excellent signe. Les fibromes sont moins douloureux ; aussi des douleurs intenses, paroxystiques, devront après la ménopause faire penser en l'absence de tout signe au cancer du corps de l'utérus.

L'utérus est accru de volume.

Pendant longtemps marche insidieuse.

Puis la tumeur s'ulcèrera, et on aura peu à peu, mais fort lentement en somme et avec peu de phénomènes de compression et d'envahissement les signes décrits au cancer du col.

## Diagnostic.

1. Différentiel avec :

*Erosions simples du col (métrite).*

Fermes, résistantes, ne s'effritant pas et n'ayant pas des bords indurés.

*Ectropion muqueux du col.*

*Polypes muqueux.*

Rosés, souples, revêtus d'une muqueuse intacte.

*Corps étrangers du vagin.*

Oubliés, et donnant lieu à un écoulement fétide et à du sphacèle de la muqueuse.

*Fibromyomes gangrénés.*

Donnent les mêmes signes fonctionnels, mais avec un meilleur état général.

Durs, ne s'effritant pas.

Parfois fort difficile, et nécessitant l'examen histologique.

*Rétrécissement de la partie supérieure du vagin chez les vieilles femmes avec métrite purulente.*

2. Diagnostic des connexions et du degré d'envahissement des organes voisins.

Utile pour le pronostic, et surtout pour le choix de l'intervention, obligeant parfois à la non-intervention.

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

On nomme ainsi tout épanchement purulent libre ou enkysté dans la plèvre.

Il n'y a pas, comme Courtois-Suffit un des premiers l'a bien établi, une pleurésie purulente mais bien des pleurésies purulentes par suite de la variété des agents pathogènes.

C'est ainsi que la pleurésie à pneumocoques ou à staphylocoques ne ressemble pas absolument à celle à streptocoques, encore moins à celle à microbes associées, ou à la pleurésie purulente tuberculeuse.

Donc nécessité de décrire la pleurésie purulente en général et d'en indiquer ensuite les formes.

## Symptômes.

Début.

Plusieurs variétés.

a) *Aigu : pleurésie purulente d'emblée.*

Fièvre ; frissons ; point de côté ; dyspnée.

C'est le début d'une pleurésie ordinaire, mais avec des symptômes généraux plus intenses.

b) *Début par une pleurésie séro-fibrineuse dont l'épanchement devient purulent.*

c) *Début latent ; sans réaction.*

En particulier chez les cachectiques, chez les convalescents de fièvres graves, dans les grandes pyohémies.

Le hasard, parfois même l'autopsie décèlent la présence d'un épanchement purulent.

ETAT.

1. SIGNES PHYSIQUES.

Ce sont en premier lieu les signes que donne tout épanchement pleural. Les indiquer rapidement :

*Inspection.*

Diminution ou suppression des mouvements respiratoires d'un côté du thorax.

*Palpation.*

Abolition des vibrations thoraciques.

*Percussion.*

Submatité, puis matité.

Résistance au doigt.

L'épanchement est limité par la ligne parabolique de Damoiseau en haut.

Skodisme sous-claviculaire.

La sonorité de l'espace de Traube a disparu si l'épanchement est considérable.

*Auscultation.*

Diminution et disparition du murmure vésiculaire.

Souffle pleurétique doux, lointain, voilé.

Egophonie peu prononcée dans le cas.

Ces signes sont ceux d'un épanchement pleural quelconque. L'épanchement purulent se traduira :

*A l'inspection et à la palpation.*

Par une voussure en général plus considérable, saillante surtout à la base.

Par l'apparence lisse de la paroi qui est œdématiée. Cet œdème de la paroi est un bon signe, mais fort tardif.

Quelquefois un réseau veineux supplémentaire.

*A l'auscultation.*

L'égophonie est rare ; et d'après Baccelli, la pectoriloquie aphone manquerait toujours, ce qui n'est pas absolu.

Ces *signes physiques* sont donc d'une valeur secondaire. Les *signes fonctionnels* (point de côté, toux, dyspnée), n'ont également rien de particulier dans le cas de pleurésie purulente.

Les *signes généraux* en revanche ont une importance considérable.

*Fièvre.*

Constante ; élevée avec de faibles rémissions matinales, ou au contraire rémittente. La courbe thermique présente des séries d'oscillations régulières pathognomoniques.

Dans le cas par exemple d'épanchements séreux devenant purulents, on peut nettement voir d'après la courbe le moment où la transformation de l'épanchement a lieu.

*Facies altéré, terreux.*

*Amaigrissement rapide ; cachexie générale ;*

*Œdème.*

*Troubles digestifs (vomissements, diarrhée).*

*Albuminurie. Dégénérescences amyloïdes.*

Ces signes généraux ont donc en clinique une importance considérable ; eux seuls en pratique font soupçonner la purulence d'un épanchement.

Comment en obtiendra-t-on confirmation ?

Par *la ponction exploratrice.*

Pratiquée avec une asepsie minutieuse en un point déclive point où la matité sera absolue (voir la question ponction exploratrice).

Enfin dans certains cas, exclusivement à gauche, on observera un phénomène spécial :

L'*empyème pulsatile.*

Se présente sous deux formes.

*a*) Empyème intra-pleural pulsatile. Il n'y a pas de tumeur extérieure, mais à chaque systole cardiaque, soulèvement de toute une partie de la paroi thoracique.

*b*) Empyème de nécessité pulsatile, Le pus a perforé la plèvre, l'espace intercostal et on a sous la peau une tumeur ovoïde, pulsatile, siégeant le plus souvent entre le sternum et la ligne axillaire.

Evolution de la pleurésie purulente en général.

Marche chronique, nécessitant une intervention pour parer aux phénomènes d'intoxication et à la cachexie qu'amène l'épanchement.

a) *Guérison spontanée par résorption.*

Exceptionnelle ; n'existe du reste que dans la forme à pneumocoques.

b) *Guérison après intervention.*

La ponction évacuatrice suffit rarement. On est obligé de recourir à la pleurotomie (opération dite de l'empyème) avec ou sans résection costale.

c) *Evacuation spontanée.*

Suivie de guérison ou souvent de mort.
Cette évacuation peut se faire :

1. Par les bronches.

On observe une vomique, puis à l'examen du thorax on trouve des signes de pneumothorax.

2. Par la paroi thoracique.

Elle succède alors à l'empyème de nécessité. En général dans les 5e ou 6e espaces en avant et latéralement.

3. Par d'autres voies insolites (œsophage ; péritoine ; estomac).

Dans la plupart des cas, la suppuration prolongée, les complications mécaniques ou infectieuses qu'amèneront la rupture et l'évacuation de l'épanchement enlèveront le malade.

D'où l'indication absolue, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une

pleurésie purulente, d'intervenir d'une manière précoce et large et d'évacuer l'épanchement.

**Formes.**

Les indiquer rapidement.

*A.* Formes selon le siège.

Ce sont des pleurésies enkystées, le plus souvent interlobaire ou diaphragmatique.

De diagnostic difficile, souvent impossible et sur lequel on ne peut s'étendre ici.

*B.* Forme selon le microbe pathogène.

1. *Pleurésie purulente à pneumocoques.*

Fréquence chez l'enfant; accompagnant souvent chez lui et chez l'adulte la pneumonie.

Bénignité relative; vomique, rapide, amenant la guérison.

2. *Pleurésie à streptocoques.*

Toujours grave. Fièvre à grandes oscillations avec phénomènes généraux intenses. Longue durée.

3. *Pleurésie à staphylocoques.*

Ressemble à la forme précédente mais moins grave.

4. *Pleurésie purulente tuberculeuse.*

A allures chroniques.

5. *Pleurésie à infections mixtes.*

Donne souvent les formes gangréneuses et putrides.

**Diagnostic.**

1. *Il y a épanchement pleural.*

On ne confondra donc pas avec :

Pneumonie franche; pneumonie massive de

Grancher.

Spléno-pneumonie.

Kystes hydatiques du poumon ou du foie.

Hydrothorax.

Péricardite.

Tuberculose pulmonaire avec tuberculisation étendue.

Dans le cas de pleurésie purulente en particulier, surtout si l'épanchement est enkysté, on pourrait confondre avec :

Tumeurs solides du médiastin.

Anévrysme de l'aorte.

Ce diagnostic est à faire dans le cas d'empyème pulsatile. Mais l'anévrysme présente un souffle, des modifications du pouls, des phénomènes de compression.

Kystes hydatiques ou abcès du foie.

Abcès du poumon (qui se traduisent aussi par une vomique.

2. *L'épanchement est purulent.*

Se baser sur les phénomènes généraux, en particulier la fièvre, sur l'œdème de la paroi, sur la vomique, et surtout sur le résultat fourni par la ponction exploratrice.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire intérieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.**

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : **I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main.** PATHOLOGIE : **I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.**

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : **I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude.** PATHOLOGIE : **I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.**

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : **I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire.** PATHOLOGIE : **I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.**

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.**

*Fascicule XXIX.* — Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

*Fascicule XXXIII.* — Anatomie : **I. Configuration extérieure et rapports du cæcum. — II. Tronc cœliaque.** Pathologie : **I. Hématémèses. — II. Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire, aiguë, franche. — III. Fistules à l'anus.**

*Fascicule XXXIV.* — Anatomie : **I. Rapports du rectum. — II. Configuration extérieure et rapports du foie. — III. Plèvres.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse. — II. Ligature et section du cordon ombilical.**

*Fascicule XXXV.* — Anatomie : **I. Rapports de l'utérus. — II. Rapports des reins.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. — II. Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. — III. Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.**

*Fascicule XXXVI.* — Anatomie : **I. Urétère. — II. Rapports de la vessie. — III. Bassin osseux.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic de la colique néphrétique. — II. Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.**

*Fascicule XXXVII.* — Anatomie : **I. Rapports de la rate. — II. Configuration extérieure et rapports du pancréas.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic de la grossesse. — II. Hématuries. — III. Cautérisation par la chaleur.**

*Fascicule XXXVIII.* — Anatomie : **I. Veine porte. — II. Corps thyroïde. — III. Os maxillaire supérieur.** Pathologie : **I. Hémorrhoïdes. — II. Signes et diagnostic de l'appendicite.**

*Fascicule XXXIX.* — Anatomie : **I. Muscles de la région sous-hyoïdienne. — II. Articulation sacro iliaque.** Anatomie : **I. Hydrocèle. — II. Signes et diagnostic du pneumothorax. — III. — Tubage du larynx.**

*Fascicule XL.* — Anatomie : **I. Enveloppes de testicules. — II. Cordon spermatique. — III. Veines azygos.** Pathologie : **I. Métrorrhagies. — II. Fissure à l'anus. — III. Varicocèle.**

SAINT AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 36**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Urétère.** |
| II. | — . . . | **Rapports de la vessie.** |
| III. | — . . . | **Bassin osseux.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Signes et diagnostic de la colique néphrétique.** |
| II. | — . . . | **Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat,** on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 40*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# URÉTÈRE

**Définition.**

Conduit excréteur du rein.

Etendu depuis le hile du rein où il prend naissance par les calices, jusqu'au bas fond de la vessie où il se termine par un orifice étroit et taillé en bec de flûte.

**Situation.**

Traverse successivement la région lombaire et la cavité pelvienne.

**Longueur.**

25 à 30 centimètres.

**Calibre.**

D'abord très large, puis subissant un rétrécissement en regard de l'extrémité inférieure du rein ; — a alors un calibre comparable à celui d'une plume à écrire, conserve le même calibre jusqu'à la vessie où il se rétrécit de nouveau en traversant les parois musculaires.

**Direction.**

Oblique en bas et en dedans, ils sont alors voisins l'un de l'autre tant à leur extrémité inférieure qu'à leur extrémité supérieure.

**Origine.**

1. L'urétère naît dans l'excavation du hile par les *calices*.

Ces calices sont de petits cylindres membraneux recevant par une de leurs extrémités la terminaison de nombreux tubes urinifères se faisant au niveau d'une papille rénale qui semble coiffer le lobe comme un couvercle.

Par l'autre extrémité le calice s'unit aux calices voisins pour donner naissance à un réservoir de dimensions assez considérables : *le bassinet.*

*Longueur.*

— Un centimètre.

*Nombre.*

Huit ou neuf.

Les trois supérieurs s'unissent d'abord en un seul tronc ; les trois moyens et les trois inférieurs font de même, et ce sont les troncs résultant de cette union qui convergent enfin ensemble pour donner naissance au bassinet.

2. *Bassinet.*

Infundibuliforme à grosse extrémité supérieure contenue dans l'excavation du hile.

La petite extrémité inférieure est au niveau de l'extrémité inférieure du rein.

La portion intra-rénale est recouverte par la substance rénale surtout en avant et en arrière ; entre les parois du bassinet et la substance rénale on trouve du tissu cellulaire et des rameaux vasculaires.

La portion extra-rénale est oblique en bas et en dedans.

*Rapports.*

*En avant.*

— Péritoine.

— Feuillet antérieur de l'enveloppe fibro-adipeuse.

— Artère rénale.

— Veine rénale.

*En arrière.*

— Branche postérieure de l'artère rénale.

— Feuillet postérieur de la capsule celluloadipeuse.

— Muscle grand psoas.

**Trajet et Rapports.**

*A.* Portion lombaire.

Verticale ou courbe à concavité externe ; sa partie moyenne en est le point le plus voisin de la colonne vertébrale.

— *En arrière.*

Paroi abdominale postérieure :

— Muscles spinaux.

— Feuillets aponévrotiques du muscle transverse.

— Muscle carré des lombes.

— Muscle psoas. Rameaux nerveux du plexus lombaire.

Couche très épaisse de tissu cellulo-fibreux.

— *En avant.*

— Fascia propria sous-péritonéal.

— Péritoine pariétal.

— Vaisseaux spermatiques qui le croisent à angle aigu.

— Intestin grêle.

— *En dedans.*

*A droite.*

— Veine cave.

*A gauche.*

— Aorte.

— Chaîne des ganglions lombaires du grand sympathique.

— Plexus nerveux lombo-aortique entourant l'aorte.

— *En dehors.*

— Extrémité inférieure du rein.

— Côlon ascendant à droite.

— Côlon descendant à gauche.

*B.* Portion iliaque.

Située au-devant de la symphyse sacro-iliaque.

Trajet décrit une courbure à convexité antérieure.

*En arrière.*

— Artère iliaque primitive, puis artère iliaque externe et enfin artère iliaque interne.

*En dehors.*

— Vaisseaux spermatiques et utéro-ovariens.

*En dedans.*

— Colonne vertébrale ; promontoire.

*En avant.*

*Péritoine.*

— Formant à gauche la fossette sigmoïde entre les deux racines d'insertion du mésocôlon pelvien et comprenant l'artère hémorroïdale supérieure donnant elle-même les artères sigmoïdes supérieure, moyenne et inférieure.

— Formant à droite la portion terminale du mésentère.

*C.* Portion pelvienne.

Présente deux portions :

α) L'une pariétale et fixe.

β) L'autre viscérale et mobile.

*Direction.*

*Chez l'homme.*

Courbe, à concavité regardant en haut, en dedans et en avant et dont le sommet correspond à l'union des deux portions précédentes.

Dans la première moitié, les uretères divergent en bas, en dehors et en avant ; dans la seconde moitié, ils convergent en se portant en bas, en avant et en dedans.

*Chez la femme.*

Décrit deux courbes successives :

La première a son sommet au même point que chez l'homme.

La seconde appartient en entier à la seconde portion et a son sommet au croisement de l'artère utérine en regard de l'isthme utérine.

*Rapports.*

*Chez l'homme.*

α) *Segment pariétal.*

*En arrière.*

— Artère iliaque interne.
— Veine iliaque interne.
— Tronc lombo-sacré.
— Nerf obturateur.
— Bord supérieur du muscle pyramydal.
— Bord postérieur du muscle obturateur interne.

*En dedans.*

— Rectum.

*En avant.*

— Péritoine.
— Replis et fossette de Douglas.

β) *Segment viscéral.*

*En arrière.*

— Rectum.
— Bord de la vésicule séminale correspondante.

*En avant.*

— Paroi postérieure de la vessie.
— Canal déférent.
— Artère déférentielle.

*Chez la femme.*

α) *Segment pariétal.*

*En dedans.*

*Péritoine.*

Formant :

Replis utéro-sacrés.
Replis utéro-lombaires.
— Entre ces replis : les fossettes ovarienne et sous-ovarienne.
— Et au-dessous du repli utéro-sacré : la fossette de Douglas.

*En arrière.*

— Artère hypogastrique.
— Veine hypogastrique.

*En dehors.*

— Vaisseaux utéro-ovariens.

β) *Segment viscéral.*

*a*) Traverse d'abord le ligament large. Gagne son bord inférieur par le plus court chemin ; passe à une distance égale du bord de l'utérus et de la paroi pelvienne : deux centimètres.

C'est la portion utérine.

*Rapports.*

*En haut.*

— Trompe ; ovaire.
— Vaisseaux utéro-ovariens.
— Ligament rond.

*En bas.*

— Tissu cellulaire intra-ligamenteux.

*En avant.*

— Artère utérine qui

est ensuite croisée par l'urétère qui lui devient antérieur.

*En arrière.*

Veines utérines.

*b*) Abandonne le ligament large et s'avance vers la vessie : portion vaginale répondant au cul-de-sac latéral, puis au cul-de-sac antérieur du vagin.

*En arrière.*

— Artères vésico-vaginales, issues de l'artère utérine.

— Lymphatiques du vagin.

*En dedans.*

— Cul-de-sac latéral du vagin, dont il reste séparé par un intervalle de 1 cent. 1/2 environ.

*D.* Portion vésicale.

Située dans l'épaisseur même des parois vésicales.

*Longueur.*

Un centimètre ou 1 centimètre 1/2.

*Direction.*

Convergente. Au commencement de cette portion, les deux urétères sont encore distants l'un de l'autre de 4 centimètres. Ils ne sont plus éloignés que de 2 centimètres à sa terminaison.

*Orifice.*

Ovalaire, taillé en bec de flûte.

Les orifices sont situés aux deux angles postérieurs d'un triangle dit trigone vésical ; dont l'angle antérieur correspond à l'orifice de l'urèthre.

Les deux orifices sont unis l'un à l'autre par un bourrelet nommé muscle inter-urétérique.

*Rapports.*

*Homme.*

*En arrière.*

— Vésicules séminales.

*Femme.*

*En arrière.*

— Milieu de la paroi vaginale antérieure.

**Structure.**

*Tunique externe.*

— Cellulo-élastique.

*Tunique interne.*

— Muqueuse mince.

*Tunique moyenne.*

— Musculaire; deux couches : l'une circulaire, l'autre longitudinale.

---

# RAPPORTS DE LA VESSIE

**Définition.**

Réservoir musculo-membraneux recevant l'urine que lui apportent goutte à goutte les urétères et permettant son accumulation jusqu'au moment où elle sera rejetée au dehors à travers l'urèthre.

**Situation.**

Dans la cavité du petit bassin :

En arrière de la symphyse pubienne et des surfaces angulaires.

En avant du rectum chez l'homme, de l'utérus et du vagin chez la femme.

Au-dessus du plancher pelvien.

Au-dessous des anses intestinales grêles.

Chez l'embryon, la vessie est relativement plus volumineuse et s'étend beaucoup plus dans la cavité abdominale. Elle est la partie intra-embryonnaire de la vésicule allantoïde dont la majeure partie est extra-embryonnaire. La communication entre les deux portions se fait par une partie rétrécie, l'*ouraque* franchissant l'orifice ombilical.

Chez l'enfant, l'ouraque est fermé et commence à se transformer en un cordon fibreux étendu du sommet de la vessie à l'ombilic. La vessie conserve une dimension plus grande relativement que chez l'adulte et est située en partie dans la grande cavité abdominale, tandis que chez l'adulte elle est tout entière dans la cavité pelvienne.

**Forme.**

Ovoïde, à grosse extrémité inférieure à l'état de plénitude.

Aplatie à l'état de vacuité et ayant la forme d'un triangle.

On doit l'étudier à l'état de moyenne dilatation et on lui décrit : une forme pyramidale et quadrangulaire avec une face antérieure, une face postérieure, deux faces latérales, un sommet, une base.

Au niveau de la partie antérieure de la base, la vessie se continue par un orifice avec le canal de l'urèthre.

On peut aussi lui décrire une partie supérieure au sommet, une partie médiane au corps, une partie inférieure dite bas-fond en arrière, col en avant. Cette division est plutôt chirurgicale qu'anatomique.

## Moyens de fixité.

1. Repose sur le plancher pelvien.

2. Adhère à la prostate qui est elle-même fixée dans sa loge dont les parois sont formées par l'aponéyrose pelvienne supérieure.

3. Continuité en haut avec l'ouraque.

4. Ligaments pubo-vésicaux allant de la face postérieure de l'angle du pubis et de la symphyse à la partie inférieure de la face antérieure de la vessie.

C'est en somme l'insertion au pubis des fibres musculaires formant la paroi antérieure de la vessie.

Ces ligaments forment le plafond de la loge prostatique et la couche qu'ils forment est traversée par les veines vésicales antérieures se rendant au plexus de Santorini situé au-devant de la prostate.

5. Péritoine revêtant le sommet, la face postérieure de la vessie, la partie postérieure de ses faces latérales, et descendant en arrière de la vessie entre elle et le rectum chez l'homme, jusqu'à 2 centimètres environ du plancher pelvien. Le péritoine est du reste maintenu fixe à ce niveau par l'aponévrose de Denonvilliers, s'étendant entre lui et l'aponévrose périnéale moyenne.

## Rapports.

Face antérieure.

*En allant d'avant en arrière.*

α) Peau.

β) Tissu cellulaire sous-cutané.

γ) Paroi antérieure de la gaîne du grand droit formée par l'aponévrose du grand oblique, l'aponévrose du petit oblique et celle du transverse.

Muscle grand droit.

δ) Paroi postérieure de la gaîne du grand droit formé par le fascia transversalis.

Entre le grand droit et la paroi postérieure de sa gaîne est une cavité : *cavum supra pubicum* contenant du tissu cellulaire et surmontant le bord supérieur de l'angle du pubis.

Sur le même plan que le grand droit et sa gaîne mais plus bas dans le sens vertical :

— Angle du pubis.
— Trou sous-pubien.
— Membrane obturatrice.
— Muscle obturateur interne et son aponévrose.
— Canal sous-pubien et son contenu :
— Vaisseaux et nerf obturateurs.

ε) Aponévrose ombilico-pré-vésicale s'étendant depuis l'ombilic jusqu'au plancher pelvien, passant immédiatement en avant de la vessie et contenant dans ses bords latéraux les artères ombilicales où les cordons fibreux résultant de leur oblitération chez l'adulte.

Cette aponévrose a été décrite très diversement (V. Delbet, *Des suppurations pelviennes*).

Entre elle et la paroi postérieure de la gaîne du muscle grand droit est une cavité : *cavité de Retzius* remplie de tissu cellulaire lâche.

ζ) Immédiatement accolées à la vessie : veines vésicales antérieures nombreuses et volumineuses.

FACE POSTÉRIEURE.

Tapissée par le péritoine.

*Plus loin.*

*Homme.*

Rectum. Le péritoine se réfléchit ensuite sur le rectum formant le cul-de-sac

recto-vésical, descendant jusqu'à 2 centimètres environ du plancher pelvien. Ce cul-de-sac, à l'état de vacuité du rectum et de la vessie, est rempli par les anses intestinales grêles.

*Femme.*

Vagin ; utérus. Le péritoine se réfléchit sur la face antérieure de l'utérus formant le cul-de-sac vésico-utérin, pouvant contenir ainsi des anses intestinales grêles.

FACES LATÉRALES.

*Moitié postérieure.*

Tapissée par le péritoine qui se réfléchit ensuite pour devenir pariétal et revêtir les parois pelviennes latérales ; par cette réflexion il forme un cul-de-sac vertical régnant de haut en bas sur cette face latérale de la vessie.

*Moitié antérieure.*

Non revêtue du péritoine.

Est tapissée de tissu cellulaire lâche où passent :

*Chez l'homme.*

Canal déférent, dirigé de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans.

Artère ombilicale ou cordon fibreux résultant de son oblitération, dirigée d'arrière en avant, de bas en haut et de dehors en dedans, croisant par conséquent le canal déférent à angle aigu.

*Chez la femme.*

Ligament rond, dirigé en haut, en avant et en dehors.

Artère ombilicale, dirigée comme chez l'homme.

*Plus loin.*

Paroi pelvienne latérale :

— Muscle obturateur interne et son aponévrose.

— Petite épine sciatique.

SOMMET.

Aigu à l'état de vacuité.

Devient arrondi aux dépens de la face postérieure à l'état de plénitude.

— Se continue avec l'ouraque faisant communiquer la vessie avec la portion extra-embryonnaire de la vésicule allantoïde chez l'embryon.

Devenu chez l'adulte un cordon fibreux étendu jusqu'à l'ombilic.

— Recouvert par le péritoine et les anses intestinales grêles.

— Voisin de la paroi abdominale antérieure où sont délimitées à ce niveau trois fossettes :

— Fossette inguinale interne entre l'ouraque et l'artère ombilicale.

— Fossette inguinale moyenne entre l'artère ombilicale et l'artère épigastrique.

— Fossette inguinale externe en dehors de l'artère épigastrique et correspondant à l'orifice profond du canal inguinal.

BASE.

*Homme.*

*En avant.*

Prostate, principalement lobe médian faisant saillie vers la vessie.

*Latéralement.*

*a*) Vésicules séminales, dirigées de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans et comprises dans un dédoublement de l'aponévrose de Denonvilliers.

*b*) Sur le bord interne du vésicule : canaux déférents qui y aboutissent et qui sont à peu près parallèles à ce bord interne.

*c*) Au niveau de l'extrémité supérieure des vésicules, urétères qui plongent à travers les parois vésicales.

Les canaux déférents délimitent latéralement un triangle qui est limité en arrière par le péritoine (cul-de-sac recto-vésical) qui est appelé triangle inter-déférentiel et qui est en contact par l'intermédiaire de l'aponévrose de Denonvilliers avec le rectum.

*Femme.*

Paroi antérieure du vagin.

La vessie en est séparée par du tissu cellulaire assez lâche.

Chez l'homme comme chez la femme :

Au niveau de la partie tout à fait antérieure de cette base est l'orifice de communication entre la vessie et l'urèthre.

Chez l'homme, l'urèthre est dans cette portion initiale en rapport avec le prostate qui l'entoure complètement.

# BASSIN OSSEUX

## Définition.

Entonnoir circonscrit par :

*De chaque côté* : un os iliaque.

*En arrière* : le sacrum et le coccyx.

Latéralement, chaque os iliaque est uni au sacrum par une articulation très serrée : la symphyse sacro-iliaque.

En avant, les os iliaques droit et gauche sont unis l'un à l'autre par la symphyse pubienne.

## Forme.

Entonnoir évasé dans sa partie supérieure inclinée en avant et en haut.

— Plus étroit et presque cylindrique dans sa partie inférieure qui se dirige en bas et en arrière.

La limite entre les deux parties est bien indiquée à la face interne par une ligne saillante.

— Ligne innominée sur chaque os iliaque.

— Bord antérieur des ailerons du sacrum et de la première vertèbre sacrée en arrière.

Au-dessus de cette ligne, la cavité située entre les fosses iliaques internes est le *grand bassin.*

Au-dessous, c'est le *petit bassin, canal pelvien ou excavation pelvienne.*

## Situation.

Bassin constitue la partie la plus inférieure du tronc, sous-jacent à la colonne vertébrale qui repose sur sa partie postérieure.

Sus-jacent aux membres inférieurs qui s'articulent avec lui au niveau de ses parties latérales.

Répond à la partie moyenne du corps chez l'adulte.

Bien au-dessous de cette partie moyenne chez le nouveau-né et l'enfant.

**Description.**

Il faut étudier successivement :

— Une surface extérieure, une surface intérieure.
— Une ouverture ou circonférence supérieure.
— Une ouverture ou circonférence inférieure.

*Surface extérieure.*

*Région antérieure.*

1. *Sur la ligne médiane.*

Symphyse pubienne dirigée de haut en bas.

*Hauteur.*

— De 30 à 50 millimètres.

2. *De chaque côté.*

— Angle du pubis.
— Epine pubienne.

3. *Au-dessous de la symphyse.*

— Arcade pubienne formée par les branches ischio-pubiennes.

*Région latérale.*

1. Fosse iliaque externe.
2. Cavité cotyloïde.
3. Trou ischio-pubien.

*Région postérieure.*

1. Sur la ligne médiane : crête sacrée.
2. De chaque côté : gouttières sacrées.
3. Plus en dehors :

— Trous sacrés-postérieurs.
— Interligne sacro-iliaque.
— Tubérosité iliaque.

*Surface intérieure.*

Divisée en deux parties : l'une supérieure correspondant à la cavité abdominale : grand bassin.

L'autre inférieure : petit bassin, excavation.

Cet étranglement constitue ce que l'on appelle le *détroit supérieur* ou orifice supérieur du petit bassin.

a) *Détroit supérieur.*

Formé par :

*En arrière.*

— Angle sacro-vertébral.

— Bord inféro-antérieur des ailerons du sacrum.

*Sur les côtés.*

— Ligne innominée.

— Crête pectinéale.

*En avant.*

— Bord supérieur de la symphyse pubienne.

Echancré en arrière par la saillie du *promontoire*, a la forme d'un cœur de carte à jouer.

*Diamètre.*

— Antéro-postérieur, promonto-pubien, conjugué, 11 centimètres.

— Oblique ; d'une éminence iléo-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé.

Droit et gauche : 12 centimètres.

— Transverse ; du milieu de la ligne innominée au point correspondant du côté opposé : 13 cent. 1/2.

Circonférence : 40 centimètres.

b) *Grand bassin.*

Formé par les fosses iliaques internes et les ailerons du sacrum.

*En avant.*

— Echancrure limitée par le bord antérieur des os iliaques.

*En arrière.*

— Echancrure limitée par les crêtes iliaques et répondant au sacrum ; subdivisée en deux par la colonne lombaire.

c) *Petit bassin : canal pelvien.*

Formé d'un anneau osseux.

Orifice supérieur est formé par détroit supérieur.

Orifice inférieur trés irrégulier : *détroit inférieur* se confond avec la circonférence inférieure du bassin.

*Parois.*

*Paroi antérieure.*

— Face postéro-supérieure de la symphyse et des angles pubiens.

— Branches ischio-pubiennes.

— Moitié antérieure du trou ischio-pubien.

*Paroi postérieure.*

— Face antéro-supérieure du sacrum et du coccyx.

Grande hauteur, concavité verticale.

*Parois latérales.*

— Surface quadrilatère qui répond à la cavité cotyloïde.

— Face interne de l'épine sciatique.

— Corps, branche descendante et tubérosité de l'ischion.

— Moitié postérieure du trou ischio-pubien.

*Diamètres.*

*Diamètre antéro-postérieur.*

Mi-sacro-pubien.

*Diamètre oblique.*

Du milieu d'un trou ischio-pubien au milieu de l'échancrure sciatique du côté opposé.

*Diamètre transverse.*

Du milieu de la surface quadrilatère au point symétrique du côté opposé.

Tous ces diamètres mesurent 12 centimètres environ.

A mesure que l'on s'éloigne du détroit supérieur, les diamètres antéro-postérieurs grandissent tandis que les diamètres transverses diminuent.

*Diamètres importants.*

— Promonto-sous-pubien.
— Promonto-pubien minimum.

*Circonférence supérieure.*

Regarde en avant et en haut.

*En arrière.*

— Articulation sacro-vertébrale.
— Bord supérieur des ailerons du sacrum.
— Interstice sacro-iliaque.

*Sur les côtés.*

— Crête iliaque.

*En avant.*

— Bord antérieur de l'os iliaque.
— Eminence ilio-pubienne.
— Crête pectinéale.
— Symphyse.

*Circonférence inférieure : détroit inférieur.*

*En avant.*

— Partie postéro-inférieure de la symphyse pubienne.

*En arrière.*

— Sommet du coccyx.

*Latéralement.*

— Rebord osseux en forme d'*S*.

— Branche ischio-pubienne.
— Tubérosité de l'ischion.
— Echancrure sciatique.
— Bords latéraux du sacrum et du coccyx.

*Diamètres.*

— Sous-sacro-sous-pubien : 11 cent. 1/2.
— Bi-ischiatique : 11 centimètres.
— Bi-sciatique : 10 centimètres.

*Sur le vivant, aspects différents.*

Grande échancrure sciatique étant fermée de chaque côté par les ligaments sacro-tubérositaires dont le bord inférieur limite la moitié postérieure du détroit.

*Inclinaison du bassin.*

*Plan du détroit supérieur.*

Forme avec un plan horizontal passant par le bord supérieur ou le bord inférieur de la symphyse un angle de 55 à 60°.

*Axe du détroit supérieur.*

Part de l'ombilic et aboutit à la pointe du coccyx.

*Plan de l'orifice inférieur.*

Très oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

*Axe.*

Presque vertical.

*Axe de l'excavation.*

Courbe située à égale distance de la face antérieure du sacrum et de la face postérieure de la symphyse.

*Variation du bassin suivant l'âge.*

Bassin infantile, au niveau du détroit supérieur, prédominance du diamètre antéro-postérieur sur les diamètres transverses.

Parois de l'excavation convergent en bas.

*Variations suivant la taille.*

*Variations suivant les sexes.*

Chez la femme :

— Dimensions transversales plus grandes et verticales plus petites que chez l'homme.

— Promontoire moins marqué.

— Paroi postérieure plus convexe.

— Paroi postérieure moins élevée.

— Trous sous-pubiens plus grands et ovalaires.

— Branches ischio-pubiennes plus grêles, déjetées en dehors et plus écartées l'une de l'autre.

— Articulation sacro-coccygienne plus mobile.

*Variation suivant les races.*

*Négres.*

Capacité moindre et arcade pubienne plus large.

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

On nomme colique néphrétique le syndrome douloureux paroxystique qui accompagne la migration des corps étrangers à travers l'urétère.

Comme de toutes les affections pouvant donner lieu à des corps étrangers destinés à traverser l'urétère, la lithiase rénale est de beaucoup la plus fréquente, c'est la colique néphrétique lithiasique qu'il faut décrire ici.

Il faut cependant citer comme autres causes capables de la provoquer : les hydatides ; ou des débris de fausses membranes (pyélite) ou des caillots fibrineux (hématurie rénale).

## Symptômes.

Nous n'avons pas ici à insister sur les causes de la colique néphrétique, qui sont du reste celles de la lithiase rénale (tempérament arthritique ; alimentation, etc.). Quant à ses causes déterminantes, le plus souvent elles passent inaperçues. On peut cependant invoquer les cahots, les chutes, l'ingestion d'eaux diurétiques.

Début.

*a*) Brusque.

*b*) Précédé fréquemment de prodromes :

Douleurs lombaires.
Douleur au testicule, au méat.
Pollakiurie.
Urines foncées, troubles, noires.

Accès proprement dit.

Consiste principalement en une douleur d'une grande violence, accompagnée presque toujours de symptômes accessoires qui portent, soit sur les voies urinaires, soit à distance et par sympathie, sur d'autres organes (Enriquez).

a) *Douleur.*

1. Ses caractères :

Violente, continue avec exacerbations.

Sensation de brûlure, de déchirure.

Arrachant des cris aux malades.

2. Sa localisation :

Localisée d'une manière assez confuse à la région rénale, sans grande distinction de côté.

3. Ses irradiations :

Le long du trajet de l'urétère ; vers le cordon spermatique et le testicule qui se rétracte vers l'anneau inguinal.

Enfin dans la cuisse et le membre inférieur correspondant.

4. Sa durée.

Deux à cinq heures en moyenne.

b) *Phénomènes réflexes sympathiques.*

1. Etat nauséeux et vomissements.

Ces vomissements, répétés, sont alimentaires, puis muqueux, parfois bilieux.

2. Paralysie et météorisme intestinal. Tympanisme.

3. Pâleur ; refroidissement des extrémités ; pouls filiforme.

c) *Troubles urinaires.*

Irradiations douloureuses avec ténesme vésical et anal.

Oligurie ; parfois anurie.

Hématurie.

L'urine est pâle, limpide ; lorsqu'elle vient du rein affecté, elle peut être sanglante. L'anurie est réflexe le plus souvent, plus rare-

ment mécanique. Quant à l'hématurie, elle peut précéder la crise ; le plus souvent elle l'accompagne ou la suit.

TERMINAISON.

Cessation des phénomènes réflexes ; disparition progressive de la douleur.

Sensation de bien-être du malade chez qui il persiste seulement de l'endolorissement lombaire.

Crise urinaire. Polyurie.

Et en général, mais quelquefois seulement deux à trois jours après, expulsion du gravier.

**Evolution.**

Quelquefois crise unique dans toute la vie. En général crises fréquentes répétées, chaque année. D'autres fois crises subintrantes.

**Complications.**

Les citer seulement ; ce sont celles de la lithiase rénale.

*a*) Les unes mécaniques :

Obstruction de l'urétère ; hydronéphrose.

Anurie.

*b*) Les autres infectieuses.

Pyélo-néphrite.

Périnéphrite calculeuse.

**Diagnostic.**

A. *Il y a des signes antérieurs de lithiase rénale.*

(Gravier ou sable dans les urines ; hématuries ; douleurs lombaires ; augmentation du taux d'acide urique des urines.)

Aussi la colique néphrétique est en quelque sorte attendue, et son diagnostic est facile.

B. *La colique néphrétique constitue la première manifestation de la lithiase rénale.*

Dans ce cas, le diagnostic positif se fera par :

1. La recherche de la douleur et de ses irradia-

tions ; des phénomènes réflexes et des modifications de l'urine.

2. L'exploration méthodique des voies urinaires.

A la palpation du rein, douleur.

De même l'urétère en particulier à sa portion terminale (toucher rectal) sera et restera longtemps douloureux.

3. L'examen chimique et microscopique de l'urine.

Diagnostic différentiel avec :

*a*) A cause de la douleur.

*Névralgie lombo-abdominale.*

Avec points iliaque, hypogastrique, inguinal.

*Colique hépatique.*

C'est un des diagnostics fréquents, surtout lorsque la colique siège à droite.

Mais la douleur, au lieu de s'irradier vers le membre inférieur et le testicule, s'irradie au contraire à l'épaule.

De plus le foie est douloureux (point cystique). Les selles se décolorent, et l'ictère est fréquent.

*Coliques de plomb.*

Antécédents ; liseré de Burton ; ventre en bateau.

*Appendicite.*

Troubles généraux graves.

Température élevée, alors que la colique néphrétique est apyrétique. Douleur moins accusée et mieux localisée.

*Coliques utérines.*

*Ovaralgie.*

*b*) A cause des signes réflexes (vomissements ; tympanisme.

*Etranglement interne.*
*Hernie étranglée.*
*Péritonite par perforation.*

*d*) Enfin il faudra ne pas la confondre avec les pseudo-coliques néphrétiques ; dont les unes sont d'origine nerveuse (hystérie ; tabes), les autres sont liées au rein mobile, à la tuberculose rénale, etc.

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

Définition classique de Gosselin :

« L'étranglement des entérocèles et des épiplocèles est la constriction plus ou moins forte de l'intestin dans un trajet herniaire, constriction gênant la circulation sanguine, arrêtant le cours des matières intestinales, apportant un obstacle invincible ou passager à la réduction et semblant menacer de se terminer si elle persiste par une perforation ou une gangrène ».

## Symptômes.

Début.

Deux cas.

*a*) Hernie réductible sortant brusquement à l'occasion d'un effort, d'une quinte de toux et devenant immédiatement irréductible.

Peu après douleur locale, malaise général, angoisse du sujet.

Puis, coliques, fausses envies d'aller à la selle, quelques nausées qui précèdent les vomissements.

En quelques heures on a toute la symptomatologie de l'étranglement confirmé.

*b*) Grosse hernie irréductible ancienne, s'étranglant progressivement. La tumeur herniaire augmente de volume, devient tendue, sensible, et la constipation, puis les vomissements apparaîtront.

ETRANGLEMENT CONFIRMÉ.

*A*. SIGNES PHYSIQUES.

Nous prendrons comme type de description le cas le plus fréquent, hernie inguinale étranglée chez un homme.

*Inspection.*

Au niveau de la région inguinale descendant ou non dans le scrotum et le déformant, une tumeur.

*Palpation.*

Tumeur globuleuse, pédiculée, dure surtout si elle est petite, sinon élastique, fluctuante.

Tumeur douloureuse spontanément, mais surtout à la palpation, principalement au niveau du pédicule.

Comme caractère essentiel : irréductible, c'est-à-dire ne rentrant ni ne diminuant sous les efforts méthodiques qu'on exerce dans ce but.

Parfois, si volumineuse, on obtient du gargouillement.

*Percussion.*

Généralement de la matité (donnée soit par le liquide contenu dans le sac, soit par de l'épiploon), parfois de la sonorité.

*B*. SIGNES FONCTIONNELS.

*Coliques intestinales.*

Avec paroxysmes pendant lesquels on voit les anses intestinales se dessiner sous la paroi.

*Etat nauséeux continu.*

*Vomissements.*

Alimentaires, puis bilieux ; plus tard fécaloïdes (purée jaune sale à odeur fécale).

*Hoquet.*

*Constipation absolue.*

Suppression des garde-robes et des gaz rendus par l'anus à partir des 24 premières heures (le premier jour, les malades pouvant vider les matières contenues dans le bout intestinal siégeant au-dessous du point étranglé).

Parfois diarrhée que les uns (Th. Anger, Verneuil, Duplay) attribuent à un pincement latéral de l'intestin, les autres (Le Dentu) aux transsudations se faisant dans le bout inférieur d'un intestin étranglé très haut.

*C.* Signes généraux.

Etat général bon au début ; malaise, agitation, anxiété, accompagnant les troubles digestifs.

Puis dépression ; pouls rapide, filiforme, tendance à la syncope.

Facies terreux, oreilles, nez, lèvres, extrémités cyanosés.

Urines rares.

Dyspnée.

## Evolution.

L'étranglement peut, mais rarement, disparaître spontanément ou dans un bain chaud prolongé. Le taxis pratiqué avec modération et au début peut également amener la réduction.

En général, toutes les fois que l'on se trouvera dans des conditions d'installation suffisantes, il sera préférable d'intervenir chirurgicalement, d'aller débrider l'agent d'étranglement, d'examiner ensuite l'état de l'anse intestinale étranglée, et si elle est normale on la réduira dans l'abdomen et on pratiquera la cure radicale.

En tous cas, l'étranglement herniaire demande toujours une intervention active et précoce ; abandonné à lui-même il entraîne la mort, sauf toutefois dans quelques rares exceptions où un anus contre nature spontané se formera.

Les complications auxquelles expose la non-intervention précoce sont :

a) *Gangrène de l'intestin.*

Et à la suite, dans les cas heureux, phlegmon stercoral. Le plus souvent péritonite aiguë et mort.

b) *Péritonite par propagation.*

La mort peut survenir aussi par infection générale d'origine péritonéo-intestinale ; se traduisant par de l'albuminurie, de la congestion pulmonaire, des foyers de broncho-pneumonie.

**Formes cliniques.**

1. Des hernies en général.

a) *Etranglement aigu.*

Correspondant à l'étranglement très serré de petites hernies avec lésions intestinales précoces et tableau clinique complet en 24 heures.

C'est dans cette variété que se rangent :

*Le choléra herniaire*, étranglement avec algidité, cyanose, anurie, crampes.

*La forme nerveuse* avec crises épileptiformes.

b) *Etranglement chronique.*

Des hernies volumineuses, mettant 8 jours et plus pour se constituer.

2. Des hernies selon leur siège.

a) *Hernie inguinale.*

Son étranglement a servi de type de description. Nous n'y reviendrons pas.

b) *Hernie crurale.*

Etranglement fréquent par rapport à leur petit nombre.

Hernie marronée à la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa, en dedans des vaisseaux fémoraux.

c) *Hernie ombilicale.*

d) *Hernie lombaire.*

e) *Hernie obturatrice.*

**Diagnostic.**

Très bien indiqué par Gosselin. Deux cas peuvent se présenter.

1. Croire à un étranglement qui n'existe pas.
2. Méconnaître un étranglement qui existe.

1er Cas.

*a*) Le malade présente des signes d'occlusion intestinale et porte, en une région donnant habituellement passage à une hernie, une tumeur irréductible qui est prise pour une hernie étranglée.

*b*) Dans le cas de péritonite aiguë.

2e Cas.

Là une erreur de diagnostic est beaucoup plus grave puisqu'elle aboutit à une non-intervention et par suite à la gangrène de l'intestin et aux conséquences de la perforation.

On peut méconnaître un étranglement qui existe :

*a*) Par simple inattention surtout si hernie rare (lombaire, vaginale, etc.), et on peut croire à :

*Phénomènes urémiques.*
*Coliques de plomb* chez saturnins avérés.
*Phénomènes cholériformes ?*

*b*) Par manque de phénomènes caractéristiques.

Les évacuations de gaz ou de matières peuvent encore exister (pincement latéral, lavements).

La hernie quoique étranglée peut être réductible. On réduit en masse l'intestin et l'anneau qui l'étrangle (collet du sac) dans l'abdomen ou dans l'épaisseur de la paroi abdominale dédoublée.

Diagnostic spécial a chaque variété.

On ne devra pas confondre :

a) *Une hernie inguinale avec :*

*Kyste enflammé du cordon.*
*Phlegmon périfuniculaire.*

*Phlébite du plexus pampiniforme.*
*Inflammation d'un testicule en ectopie.*
*Inflammation d'une hydrocèle du canal de Nück chez la femme.*

b) *Une hernie crurale avec :*
*Abcès ganglionnaires.*
*Etranglement du testicule en ectopie crurale.*

c) *Une hernie ombilicale avec :*
*Phlegmons de l'ombilic.*

d) *Une hernie obturatrice avec :*
*Abcès du psoas.*
*Adénite.*

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire intérieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.* — ANATOMIE : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** PATHOLOGIE : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — ANATOMIE : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** PATHOLOGIE : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** PATHOLOGIE : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — ANATOMIE : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

*Fascicule XXXIII.* — ANATOMIE : **I. Configuration extérieure et rapports du cæcum. — II. Tronc cœliaque.** PATHOLOGIE : **I. Hématémèses. — II. Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire, aiguë, franche. — III. Fistules à l'anus.**

*Fascicule XXXIV.* — ANATOMIE : **I. Rapports du rectum. — II. Configuration extérieure et rapports du foie. — III. Plèvres.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse. — II. Ligature et section du cordon ombilical.**

*Fascicule XXXV.* — ANATOMIE : **I. Rapports de l'utérus. — II. Rapports des reins.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. — II. Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. — III. Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.**

*Fascicule XXXVI.* — ANATOMIE : **I. Urétère. — II. Rapports de la vessie. — III. Bassin osseux.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de la colique néphrétique. — II. Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.**

*Fascicule XXXVII.* — ANATOMIE : **I. Rapports de la rate. — II. Configuration extérieure et rapports du pancréas.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de la grossesse. — II. Hématuries. — III. Cautérisation par la chaleur.**

*Fascicule XXXVIII.* — ANATOMIE : **I. Veine porte. — II. Corps thyroïde. — III. Os maxillaire supérieur.** PATHOLOGIE : **I. Hémorrhoïdes. — II. Signes et diagnostic de l'appendicite.**

*Fascicule XXXIX.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région sous-hyoïdienne. — II. Articulation sacro iliaque.** ANATOMIE : **I. Hydrocèle. — II. Signes et diagnostic du pneumothorax. — III. — Tubage du larynx.**

*Fascicule XL.* — ANATOMIE : **I. Enveloppes de testicules. — II. Cordon spermatique. — III. Veines azygos.** PATHOLOGIE : **I. Métrorrhagies. — II. Fissure à l'anus. — III. Varicocèle.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 37**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Configuration extérieure et rapports de la rate.** |
| II. | — . . . | **Configuration extérieure et rapports du pancréas.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Signes et diagnostic de la grossesse.** |
| II. | — . . . | **Hématuries.** |
| III. | — . . . . | **Cautérisation par la chaleur.** |

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat,** on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 40*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

# CONFIGURATION EXTÉRIEURE

ET

# RAPPORTS DE LA RATE

**Définition.**

Glande vasculaire sanguine annexée au tube digestif, à fonction peu connue mais semblant se rattacher à l'hématopoïèse.

**Situation.**

Dans la cavité abdominale, au-dessous du diaphragme.

En arrière et à gauche de la grosse tubérosité de l'estomac.

Dans l'étage sus-mésocolique de la grande cavité abdominale et dans la partie gauche de cet étage qu'elle remplit avec l'estomac, tandis que le foie en remplit la partie droite.

**Configuration extérieure.**

*Forme.*

Peu régulière, arrondie ou bien prismatique et triangulaire.

En général, allongée de haut en bas ou aplatie de dehors en dedans.

On peut la comparer à un segment d'ellipsoïde coupé selon son grand axe.

On en décrit :

— Une face externe, convexe, unie.

— Une face interne, légèrement concave ou à

peu près plane. En général, formée de deux plans qui se réunissent à angle obtus.

— Au point d'union de ces deux plans, il existe une série de trous échelonnés de haut en bas et livrant passage aux branches de l'artère splénique et de la veine splénique.

C'est le *hile* de la rate.

Le nombre de ces trous est de 6 à 10. Leur diamètre est inégal.

La portion antérieure au hile est un peu plus grande que la portion postérieure.

Un bord antérieur, convexe, mince.

Un bord postérieur, plus épais, arrondi transversalement, quelquefois une ou plusieurs scissures restent de l'état embryonnaire pendant lequel la rate est lobulée.

Extrémité supérieure, volumineuse, arrondie.

Extrémité inférieure, beaucoup plus mince et effilée.

*Volume.*

Variable. En général :

*Longueur* : 12 centimètres.

*Largeur :* 8 centimètres.

*Epaisseur* : 3 centimètres.

*Poids.*

195 grammes.

*Couleur.*

Violacée, rouge foncé.

*Consistance.*

Molle, se laisse facilement déchirer.

## Moyens de fixité. Etude du péritoine.

Prenons le péritoine sur la face antérieure de l'estomac.

Parti de là, le péritoine se dirige à gauche, saute de la grosse tubérosité de l'estomac jusqu'à la face interne de la rate, formant le feuillet antérieur d'un repli : *épiploon gastro-hépatique.*

Tapisse le segment antérieur de la face interne de la rate.
le bord antérieur,
toute la face externe,
le bord postérieur,
une légère portion du segment postérieur de la face interne.

Puis, se réfléchissant gagne la face postérieure de la queue du pancréas, formant ainsi le feuillet postérieur de l'*épiploon pancréatico-splénique*, puis la paroi abdominale postérieure en devenant péritoine pariétal.

Reprenons le péritoine à la face postérieure de l'estomac, il tapisse cette face, puis sort de la grosse tubérosité de l'estomac jusqu'au hile de la rate formant le feuillet postérieur de l'*épiploon gastro-splénique* dont nous avons vu déjà le feuillet antérieur.

Tapisse ce qui reste de libre dans le segment postérieur de la face interne de la rate.

Puis revient vers le pancréas formant le feuillet antérieur de l'*épiploon pancréatico-splénique* dont nous avons déjà vu le feuillet antérieur.

Ainsi la rate est complètement entourée du péritoine et ce péritoine forme par juxtaposition de deux feuillets des ligaments ou épiploons qui président à la fixité de la rate.

1. *Epiploon gastro-splénique.*

Etendu de la grosse tubérosité de l'estomac au hile de la rate.

Contient dans son épaisseur les *vasa breviora* allant de l'artère splénique à l'estomac et l'artère gastro-épiploïque gauche dans sa portion initiale.

Cet épiploon devient extrêmement court et disparaît même complètement quand l'estomac subit une forte dilatation.

2. *Epiploon pancréatico-splénique.*

Etendu entre le pancréas et la face interne de la rate.

Contient dans son épaisseur l'artère splénique, la veine splénique, des ganglions lymphatiques et la queue du pancréas.

Longueur : deux centimètres.

Peut ne pas exister si le pancréas est très volumineux et vient au contact même de la rate.

*Ligament phréno-splénique.*

Qui est la partie supérieure de l'épiploon pancréatico-splénique.

Etendu entre le diaphragme (partie la plus élevée du pilier gauche) à la partie supérieure de la face interne de la rate.

Direction : verticale et transversale.

Un autre moyen de fixité est représenté par un autre repli péritonéal allant de l'angle gauche du côlon à la paroi latérale de l'abdomen, représentée par la partie inférieure et latérale de la coupole diaphragmatique, c'est le *ligament phrénico-colique gauche ou sustentaculum lienis.* Ayant la forme d'un petit sac séreux, à concavité supérieure, où vient reposer l'extrémité inférieure de la rate.

Ces différents moyens de fixité de la rate ne l'empêchent pas cependant de subir quelques déplacements :

1. *Physiologiques.*

— Pendant l'inspiration et l'expiration.

— Pendant l'ampliation de l'estomac, la gestation.

2. *Pathologiques.*

— A la suite d'affections thoraciques abaissant le diaphragme, hydrothorax, pleurésie.

— A la suite d'affections abdominales refoulant en haut le diaphragme, ascite, tumeur abdominale.

**Rapports.**

*Face externe.*

— Diaphragme.
— Sinus costo-diaphragmatique.
— Bord inférieur du poumon gauche.
— Neuvième, dixième, onzième côte gauche.

*Face interne.*

Au niveau du hile :

Branches de l'artère splénique, de la veine splénique.

Vaisseaux lymphatiques, ganglions.

Rameaux nerveux.

En avant du hile :

— Grosse tubérosité de l'estomac.

En arrière du hile :

— Arrière-cavité des épiploons.

— Pilier gauche du diaphragme, puis plus loin colonne vertébrale.

— Queue du pancréas.

*Bord antérieur.*

Grosse tubérosité de l'estomac.

*Bord postérieur.*

— Partie supérieure du rein gauche.

— Capsule surrénale correspondante.

*Extrémité supérieure.*

— Diaphragme.

Et par son intermédiaire, base du poumon gauche.

— Chez le fœtus et quelquefois chez l'adulte, extrémité gauche du foie.

*Extrémité inférieure.*

— Supportée par le repli phrénico-colique gauche.

— Repose sur le mésocôlon descendant et l'angle gauche du côlon.

---

# CONFIGURATION EXTÉRIEURE

ET

# RAPPORTS DU PANCRÉAS

**Définition.**

Le pancréas est une glande annexée à la partie sous-diaphragmatique du tube digestif et ayant comme rôle principal : 1° La sécrétion du suc pancréatique qu'il verse dans le duodénum et qui agit à la fois sur les hydro-carbonés, les graisses, les albuminoïdes ; 2° la sécrétion interne d'un principe non encore connu mais dont l'absence par maladie ou altération du pancréas amène le diabète dans sa forme la plus grave.

**Situation.**

Dans la cavité abdominale, au-devant des deux premières vertèbres lombaires, au-dessous du diaphragme, dans la concavité de l'anse duodénale, en arrière de l'estomac.

**Configuration extérieure.**

Forme.

Irrégulière, allongée dans le sens transversal avec une extrémité droite plus volumineuse que l'extrémité gauche qui est effilée.

Aussi a-t-on pu lui distinguer une tête ou grosse extrémité ; un corps, une queue ou extrémité effilée.

Entre le col et la tête, sur la partie postérieure du pancréas, est une gouttière qui sépare ces deux portions l'une de l'autre et qui est tracée par la veine porte.

Sa forme a été comparée par les classiques à un marteau (Meckel), à une langue de chat (Winslow).

On décrit une face antérieure, une face postérieure, un bord supérieur, un bord inférieur et deux extrémités.

*Face antérieure.*

Plane.

*Face postérieure.*

*Tête.*

Gouttière où passe le canal cholédoque et qui se transforme bientôt en un véritable canal.

*Corps.*

Incurvé, à concavité postérieure qui embrasse la convexité de la colonne vertébrale et des gros vaisseaux.

Gouttière logeant la veine splénique.

*Bord supérieur.*

Gouttière logeant l'artère splénique et à concavité regardant en haut et en arrière, avec :

— Lèvre antérieure mince et tranchante.
— Lèvre postérieure mousse.

*Bord inférieur.*

Moins épais que le bord supérieur.

Echancrure au niveau des vaisseaux mésentériques supérieurs.

*Extrémité droite.*

Se prolongeant sur les faces antérieure et postérieure du duodénum et le recouvrant en partie.

*Extrémité gauche*

Mince, aplatie, arrondie ou triangulaire.

VOLUME.

Plus considérable chez l'homme que chez la femme.

Longueur : 15 à 17 centimètres.

Hauteur : 5 à 6 centimètres.
Epaisseur : 15 à 18 millimètres.

Poids.

70 grammes chez l'homme, 60 chez la femme.

Couleur.

Rosée pendant la digestion quand le pancréas est abondamment vascularisé ; plus grisâtre en dehors de ce moment d'activité.

## Rapports.

Face antérieure.

*Rapports immédiats.*

Péritoine pariétal qui applique le pancréas à la paroi postérieure de l'abdomen. Le pancréas est chez l'adulte un organe rétro-péritonéal.

Insertion du mésocôlon transverse qui passe obliquement au-devant de la face antérieure du pancréas en laissant une grande portion de la tête dans la loge sus-mésocolique de l'abdomen, et tout le reste de la glande dans la loge sous-mésocolique.

Insertion du mésentère passant presque verticalement au-devant du corps du pancréas.

*Rapports médiats.*

Première portion du duodénum.

Face postérieure de l'estomac.

Qui sont du reste séparées du pancréas par l'arrière-cavité des épiploons.

Quand l'estomac est plein et descend dans la cavité abdominale un peu bas, sa petite courbure laisse à découvert le bord supérieur du pancréas qui est alors en rapport avec la face inférieure du lobe gauche du foie.

Face postérieure.

*Tête.*

— Veine cave inférieure.
— Tronc de la veine porte.

*Plus loin.*

— Pilier droit du diaphragme.
— Colonne vertébrale.

*En haut et à droite.*

— Canal cholédoque dans une gouttière.
— Peut se prolonger par une languette sous les vaisseaux mésentériques supérieurs et séparer ceux-ci de l'aorte.

*Corps.*

— Vaisseaux mésentériques.
— Aorte abdominale.

*Plus à gauche.*

— Pilier gauche du diaphragme.
— Seconde et troisième vertèbres lombaires.

*Puis :*

— Capsule surrénale.
— Rein gauche.
— Veine splénique qui s'étend de la partie supérieure de la queue à la partie inférieure du col du pancréas.

*Queue.*

— Rein gauche.

Bord supérieur.

— Artère splénique, logée dans la gouttière spéciale que lui présente le pancréas.
— Ganglions lymphatiques en chapelet.
— Tronc cœliaque.
— Plexus solaire.
Au niveau du col.
— Lobe de Spigel du foie.
— Tout à fait à droite : première portion du duodénum.

Bord inférieur.

— Troisième portion du duodénum.
— Vaisseaux mésentériques supérieurs.

— Veine mésentérique inférieure.
— Lame inférieure du mésocôlon transverse.
— Angle duodéno-jégunal, fossette duodéno-jégunal, muscle de Treitz.

Extrémité droite.

— Enclavée dans la courbure en fer à cheval du duodénum.

— *Au-devant d'elle* :

— Artère gastro-épiploïque droite.

— *En arrière d'elle :*

— Lymphatiques qui passent au voisinage des vaisseaux mésentériques supérieurs pour gagner le canal thoracique.

Extrémité gauche.

Contenue dans l'épiploon pancréatico-splénique formé par une lame péritonéale antérieure dépendant du revêtement de l'arrière-cavité des épiploons, et une lame péritonéale postérieure formée par le péritoine qui de la face interne de la rate va gagner la paroi postérieure abdominale.

Dans cet épiploon pancréatico-splénique, on trouve également : des ganglions lymphatiques :

— L'artère splénique.
— La veine splénique.
Ou leurs branches de division.

Cette extrémité gauche est la seule portion de l'estomac qui soit mobile.

**Moyens de fixité.**

— Péritoine qui accole cette glande à la paroi abdominale postérieure.
— Duodénum, fixé lui-même par le feuillet péritonéal qui recouvre sa face antérieure.

**Vaisseaux.**

Artères.

Viennent de l'artère splénique ou des artères pancréatico-duodéales supérieure et inférieure.

Veines.

Vont à la veine splénique ou à la veine porte.

Lymphatiques.

Vont aux ganglions avoisinant la tête, le bord inférieur, le bord supérieur ou la queue du pancréas.

**Nerfs.**

Emanent du plexus solaire, ou des plexus splénique, mésentérique supérieur, hépatique.

---

# SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

Le fœtus se développant dans la cavité utérine détermine du côté de l'organisme maternel des troubles dont l'ensemble constitue les *signes de probabilité*; et lorsque après 4 mois et demi environ il est assez volumineux pour trahir lui-même sa présence, il ajoute, aux signes maternels, les signes fœtaux, *signes de certitude*.

Donc nécessité de diviser la question en deux chapitres.

1. *Signes de la grossesse avant quatre mois et demi.*

   Période pendant laquelle ce n'est que l'ensemble des symptômes qui pourra permettre le diagnostic.

2. *Signes de la grossesse après quatre mois et demi.*

## 1. Avant quatre mois et demi.

*a*) Interrogatoire.

*Suppression des règles : aménorrhée.*

Loi générale, malgré quelques cas douteux.

*Troubles digestifs.*

Vomissements, surtout le matin; parfois rebelles.

*Troubles nerveux.*

Surtout tendances à la syncope.
Modifications du caractère : Envies.

*Augmentation du volume des seins.*

Remarqué d'une manière très précoce par le sujet, qui déclare que le mamelon est devenu sensible, et l'attouchement douloureux.

*Augmentation du volume du ventre.*

Fort variable ; n'est guère appréciable qu'après deux ou trois mois.

*b*) Inspection.

*Facies pâle, tiré, pigmenté (masque).*

*Ventre avec vergetures.*

Avec ligne brune médiane.

*Varices.*

Leur développement rapide sur le membre inférieur, alors surtout qu'il n'en existait pas antérieurement, est un excellent signe de probabilité.

*Examen des seins.*

Seins volumineux, douloureux, avec mamelon saillant entouré d'une auréole plus étendue que normalement. Apparition des tubercules de Montgomery.

*c*) Palpation et percussion.

Montrent l'augmentation de volume de l'utérus.

*d*) Toucher vaginal.

Le col utérin qui normalement donne la sensation dure du lobule du nez est ramolli ; et son orifice légèrement dilaté. Ce ramollissement est précoce et ne fera que s'accentuer.

*e*) Auscultation.

On entend :

*Bruits maternels.*

Ce sont des bruits par transmission : borborygmes ; pulsations et souffle des artères du bassin ; bruits du cœur maternel.

*Bruit de souffle maternel.*

Isochrone avec le pouls maternel, avec maximum sur la ligne médiane au-dessus du pubis. Ne s'entend guère avant la fin du

3e mois, et est probablement produit dans les vaisseaux utérins dilatés.

L'auscultation se pratique avec un stéthoscope à très large pavillon.

### Valeur séméiologique et diagnostique de ces signes.

La réunion de trois ou quatre d'entre eux, la suppression des règles chez une jeune femme bien réglée jusqu'alors, accompagnée de gonflement des seins, de troubles digestifs vagues et de ramollissement du col, suffit en général pour poser un diagnostic ferme.

Pris séparément au contraire ils n'ont pas grande valeur.

Ainsi :

L'aménorrhée peut être sous la dépendance de la chloro-anémie, de la tuberculose, de la ménopause précoce.

Et en revanche elle peut faire défaut, mais c'est rare.

Les troubles digestifs et nerveux n'ont aucune valeur, d'autant qu'ils se rencontrent dans d'autres affections utérines.

Le développement du ventre, les vergetures peuvent être produits par toutes les tumeurs abdominales.

Un fibrome utérin donnera l'augmentation de volume de l'utérus.

Enfin la métrite chronique, le cancer amènent du ramollissement du col.

Le diagnostic à cette période n'est donc pas toujours aisé. La moindre hésitation devra demander l'abstention de toute intervention abdominale.

Il faudra surtout se garder de faire pénétrer dans l'utérus un hystéromètre (déviations utérines ; fibromes), d'autant que les renseignements donnés par le sujet peuvent être volontairement erronés.

Enfin il faut savoir qu'il existe des grossesses nerveuses (par pure illusion).

**2. Après quatre mois et demi.**

Nous retrouvons à ce moment presque tous les signes précités, accompagnés d'autres dont la constatation implique la certitude de la grossesse [1],

*a*) Interrogatoire.

*Perception par la mère du mouvement du fœtus.*

Elle sent l'enfant remuer rarement avant le 4e mois, souvent au 6e ou 7e seulement (se méfier des illusions).

*b*) Inspection.

Ventre saillant ; hanches cambrées ; cicatrice ombilicale nivelée ; vergetures plus marquées.

*c*) Percussion et palpation.

*Augmentation considérable du volume de l'utérus.*

*Perception des mouvements passifs du fœtus.*

C'est le ballottement abdominal, choc en retour, ballottement total jusqu'au 5e ou 6e mois, partiel ensuite.

*Perception des mouvement actifs.*

On les provoquera par de légers chocs ; l'application de corps froids. Ils sont caractéristiques.

*d*) Auscultation.

En plus du souffle maternel on a :

*Bruits du cœur fœtal.*

Série de bruits, accouplés par deux, en tic-tac, le premier un peu plus faible. De 120 à 160 à la minute. Ces bruits s'entendront mieux en certains points (foyer maximum). Cela dépendra de la position du fœtus dans l'utérus.

---

[1] Si la question était posée sous la forme « signes de la grossesse après le quatrième mois ou plus tard », il faudrait fondre les deux chapitres de la question, additionnant chaque paragraphe avec le paragraphe similaire.

Aussi est-ce d'après la situation (haute, basse, centrale, droite, gauche), de ce foyer d'auscultation, d'après les renseignements fournis surtout par la palpation (recherche des pôles fœtaux), que vers la fin de la grossesse on fera le diagnostic des présentations.

C'est également par l'absence des bruits du cœur fœtal et des mouvements actifs qu'on diagnostiquera la mort du fœtus.

*e*) Toucher vaginal.

Le col se ramollit et s'entr'ouve de plus en plus ; il va s'effacer au moment du travail.

On constatera également le ballottement vaginal.

Valeur séméiologique et diagnostique de ces signes.

Il ne faudra pas confondre les bruits du cœur fœtal avec ceux de la mère, ou parfois avec ceux de l'observateur dont les artères battent sur le stéthoscope.

On ne prendra pas pour des mouvements actifs du fœtus, les contractions intestinales, les contractions des parois abdominales chez les hystériques en particulier ; les tumeurs soulevées par les battements de l'aorte.

Quant au ballottement (mouvements passifs), on peut en avoir dans les kystes de l'ovaire multiloculaires, dans les grosses pierres vésicales.

Diagnostic de l'age de la grossesse.

1. Par la date de suppression des règles.

2. Par la date de la première perception des mouvements actifs (environ 4 mois et demi).

3. Par la recherche de la hauteur à laquelle se trouve le fond de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne.

# HÉMATURIES

**Définition.**

L'hématurie, pissement de sang, est caractérisée par l'excrétion simultanée du sang et de l'urine.

**Diagnostic différentiel.**

A faire immédiatement pour éliminer :

a) *Uréthrorrhagies.*

C'est l'hémorrhagie de l'urèthre, à point de départ en avant du muscle de Wilson.

Le sang s'écoule goutte à goutte en dehors des mictions, et lors de celles-ci, le premier jet seul est éreinté.

De plus on trouve un traumatisme de l'urèthre ou des signes d'uréthrite intense.

b) *Hémorrhagies de voisinage.*

Chez la femme seulement ; ne pas confondre avec une métrorrhagie ou même les rgèles.

c) *Certaines colorations des urines.*

Teintes roses ou noirâtres données par la rhubarbe ; le phénol et ses dérivés ; le salol ; les pigments biliaires.

d) *Hémoglobinurie.*

Dans tous les cas précédents, le diagnostic est facile, et il suffit de connaître ces causes d'erreur pour les éviter. Il n'en est plus de même ici, et souvent le microscope seul décèlera s'il y a ou non des globules sanguins.

**Diagnostic positif.**

*A.* Caractères de l'hématurie.

*Coloration de l'urine.*

Tantôt rosée (gelée de groseille), tantôt rouge, tantôt brune (marc de café).

*Dépôt.*

Tantôt du sang seul.

Tantôt du sang mélangé ; dépôt jaunâtre, strié de sang ; dépôt glaireux et floconneux avec du sang.

Tantôt des caillots, noirs, rouges ou grisâtres, irréguliers ou fusiformes.

Enfin on peut trouver dans le dépôt, en outre des calculs, des hydatides, etc.

*Examen microscopique.*

Globules plus ou moins altérés. Cylindres.

*Examen spectroscopique.*

Raies de l'oxy-hémoglobine dans la partie jaune du spectre.

*B.* Evolution générale de l'hématurie.

Très variable selon la cause qui détermine l'hématurie.

*Prodromes locaux.*

Par exemple, crise de colique néphrétique, douleur, lorsque l'hématurie sera produite par un calcul.

**Diagnostic étiologique.**

Suivant l'évolution, le moment, la durée, les caractères de l'hématurie, on peut à première vue porter un diagnostic superficiel, pressentir l'organe où se fait l'hémorrhagie et en prévoir la cause.

*a*) Moment de l'apparition du sang.

1. *Le sang apparaît au début de la miction.*

Le moment exact de l'apparition du sang sera

facile à déterminer en prenant la précaution de faire uriner le malade dans 3 verres à expériences.

1. Tout à fait au début de la miction.
2. Au milieu.
3. A la fin.

Donc le sang apparaît tout au début ; il faudra penser principalement dans ce cas à une lésion de l'urèthre postérieur, de la prostate, du col vésical.

2. *Le sang apparaît à la fin.*

Souvent pur ; quelques gouttes de sang seulement, avec ténesme vésical.

C'est à une lésion vésicale, surtout à une lésion du col qu'il faudra penser.

3. *Le sang apparaît également durant toute la miction.*

Dans ce cas, le diagnostic à première vue est impossible, le rein et la vessie pouvant être également incriminés.

*b*) Fréquence de l'hématurie.

Si elle est très fréquente, elle est due probablement à une lésion tuberculeuse ou à un néoplasme.

Si elle est à transformations rapides, avec urine limpide dans l'intervalle, elle est plutôt d'origine rénale et lithiasique.

*c*) Caractères des caillots.

Le point de départ est rénal lorsqu'on rencontre des caillots allongés ayant plus de 8 à 10 centimètres, ou lorsque le microscope décèle des cylindres hématiques, moulés dans les canalicules urinaires.

Cet ensemble symptomatique étudié, on cherchera alors lessymptômes propres aux diverses affections qui peuvent donner naissance à l'hématurie. Nous ne pouvons ici donner cette symptomatologie ; nous indiquerons seulement quelques caractères très spéciaux, dans la revue des diverses causes d'hématurie que nous allons faire. Nous adopterons la division indiquée par M. Courtois-Suffit.

1. Hématuries de cause locale.

a) *Rénales.*

En dehors de l'hématurie traumatique (chocs, blessures), une cause fréquente est la lithiase rénale (avec ou sans colique néphrétique).

La tuberculose rénale ; toutes les tumeurs du rein (chez l'enfant en particulier) donnent lieu à des hématuries précoces (avec fragments de tumeur ou détritus caséeux).

Enfin, en seconde ligne, les néphrites aiguës ou chroniques.

b) *Vésicales.*

En dehors également des hématuries traumatiques et mécaniques (à la suite d'exploration). Les calculs vésicaux, les cystites (pus et sang), les tumeurs de la vessie donnent de l'hématurie.

c) *Prostatiques et uréthrales postérieures.*

Hypertrophie et tumeurs de la prostate, varices, uréthrite postérieure. Fausses routes au cours du cathétérisme.

2. Hématuries de cause générale.

Survenant au cours de maladies infectieuses et sont d'origine rénale (scarlatine ; variole ; ictère grave ; fièvre typhoïde), ou au cours de maladies générales dyscrasiques (scorbut ; leucocythémie ; hémophilie) au cours d'intoxications enfin (phosphore).

3. Hématuries dites essentielles.

Ce sont celles des pays chauds par présence de filaire de Médine ou de distomes.

## Traitement.

Surtout causal. Quant à l'hématurie proprement dite, on la traitera par le repos, le lait, les boissons glacées, les hémostatiques généraux.

# CAUTÉRISATION PAR LA CHALEUR

Décrire en premier lieu les procédés actuellement employés ; et dans un second chapitre passer en revue les indications de la cautérisation, énumérer les divers cas où on l'emploie d'une manière journalière tant en médecine qu'en chirurgie.

## Procédés de cautérisation.

Les diviser en trois.

1. Cautères ordinaires.
2. Thermo-cautère.
3. Galvano-cautère.

Eliminer la cautérisation par le marteau de Mayor (marteau trempé dans l'eau bouillante et déterminant surtout la vésication). Eliminer également la cautérisation par les Moxas, procédé digne de l'inquisition.

### 1. Cautères ordinaires.

Instruments qui tendent à être délaissés de plus en plus, détrônés par le thermo-cautère plus simple et plus pratique.

D'une manière générale, le cautère ordinaire est composé d'une tige métallique, tige d'acier de préférence, terminée à son extrémité agissante par un renflement de forme variée, et fixée à son autre extrémité dans un manche en bois. On obtient un degré de chaleur variable (du rouge sombre au rouge blanc) en le chauffant dans un réchaud à charbon de bois.

L'ancien arsenal chirurgical était encombré de cautères aux formes les plus bizarres, cautères en roseau, en rondache, olivaire, cutellaire, etc., répondant chacun à des indications spéciales.

A l'heure actuelle, tous ces cautères ont vécu. On les remplace, en l'absence de tout autre instrument, par des cautères improvisés faits d'une tige métallique quelconque.

2. Thermo-cautère.

Inventé par Paquelin, et basé sur la propriété que possède le platine une fois porté à un certain degré de chaleur de devenir incandescent au contact d'un mélange d'air et de vapeurs hydrocarbonées et de maintenir cette incandescence tout le temps que le dit mélange arrive à son contact.

*Description sommaire de l'appareil.*

1. Le cautère.

Sur un manche en bois, canaliculé, se visse un tube de platine fermé à son autre extrémité ; tube revêtant diverses formes (couteau, pointe, etc.). C'est l'extrémité fermée de ce tube qui, dans ses 2 ou 3 centimètres terminaux, rougira.

2. Le flacon récipient de l'hydrocarbure.

Flacon d'environ 150 centimètres cubes, qu'on remplira au tiers d'essence minérale ordinaire.

Il est fermé par un bouchon en caoutchouc traversé par deux tubes métalliques reliés par un long tube de caoutchouc, l'un au manche canaliculé, l'autre à une soufflerie de Richardson.

3. La soufflerie de Richardson.

Elle servira à comprimer de l'air dans le flacon. Cet air s'y charge de vapeurs hydrocarbonées, puis file dans le cautère en platine. où il brûlera sans flamme, déterminant l'incandescence.

*Son maniement.*

L'appareil une fois monté, chauffer le cautère de platine sur une lampe à alcool. Dès qu'il commence à rougir ; mais, détail important, alors

seulement, faire marcher la soufflerie. L'incandescence se produit alors ; on retire le cautère de la flamme et on pratique la cautérisation ; maintenant l'incandescence aussi longtemps qu'on le désire. Il suffit de faire marcher lentement et régulièrement la soufflerie, graduant à volonté par son jeu la chaleur du cautère depuis le rouge sombre jusqu'au blanc.

Lorsqu'on a fini, porter au rouge blanc pour nettoyer le cautère et démonter brusquement.

Nettoyer ensuite à froid au linge mouillé.

3. Galvano-cautère.

C'est la cautérisation au moyen de la chaleur développée dans un fil métallique par un courant galvanique suffisamment intense.

Il est impossible de décrire ici les différents modèles de galvano-cautères. Il suffit d'indiquer leur constitution d'une manière générale.

1. *Une pile.*

Au bichromate de potasse et à l'acide sulfurique ; un dispositif spécial permettant de plonger plus ou moins ou de retirer totalement les éléments zinc et charbon dans le liquide (appareils Gaiffe ou Chardin).

2. *Un graduateur de courant.*

De modèle variable.

3. *Les cautères galvaniques proprement dits.*

Constitués essentiellement par un fil de platine de forme variable (en V ; en couteau ; en olive).

Un système tout spécial est l'anse galvanique ; fil de platine très malléable, monté de manière à ce qu'on puisse réduire progressivement ses dimensions pendant une opération.

C'est surtout l'anse galvanique qui est employée en pratique. Le galvano-cautère, en outre, constitue un appareil excellent pour les opérations à

pratiquer dans la profondeur des cavités (vagin; bouche, etc.), par la facilité avec laquelle on interrompt le courant.

Dans tous les autres cas, il est inférieur au thermo-cautère. Il exige un matériel plus coûteux et plus encombrant et est plus sujet à se détraquer.

Indépendamment en effet de toutes les causes de fonctionnement défectueux des piles, le fil de platine fond fréquemment par un courant trop fort.

## B. Des différents buts et différents modes de cautérisation.

1. Cautérisation révulsive.

En dehors des scarifications employées dans certaines affections cutanées (lupus) pour lesquelles on se sert du galvano-cautère ; la cautérisation révulsive se pratique ordinairement avec le thermo-cautère.

On applique des *pointes de feu* ou plus rarement des *raies de feu*. Le type de la cautérisation révulsive est représenté par les pointes de feu qu'on applique sur les sommets du thorax dans la tuberculose pulmonaire, ou sur une articulation dans le cas d'arthrite chronique.

C'est également dans cette variété qu'on peut ranger l'ignipuncture, pointes de feu profondes qui sont surtout employées dans le cas d'arthrites tuberculeuses.

2. Cautérisation destructive.

Sert tout autant à désinfecter une plaie envenimée, qu'à détruire certaines productions pathologiques (tumeurs, angiomes, fongosités, etc.).

3. Cautérisation hémostatique.

Les cautères au rouge sombre ont une action nettement hémostatique.

On l'emploie soit pour arrêter une hémorrhagie, soit pour la prévenir. C'est ainsi que lorsqu'on opère sur des régions très vascularisées (cou), il est parfois utile de quitter le bistouri pour prendre le thermo-cautère.

Le seul inconvénient est constitué par l'hémorrhagie secondaire qui peut survenir par chute de l'eschare.

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.**

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : **I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main.** PATHOLOGIE : **I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.**

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : **I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude.** PATHOLOGIE : **I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.**

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : **I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire.** PATHOLOGIE : **I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.**

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.**

*Fascicule XXIX.* — Anatomie : I. Rapports du cœur. — II. Trachée. Pathologie : I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.

*Fascicule XXX.* — Anatomie : I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes. Pathologie : I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage. Pathologie : I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum. Pathologie : I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.

*Fascicule XXXIII.* — Anatomie : I. Configuration extérieure et rapports du cæcum. — II. Tronc cœliaque. Pathologie : I. Hématémèses. — II. Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire, aiguë, franche. — III. Fistules à l'anus.

*Fascicule XXXIV.* — Anatomie : I. Rapports du rectum. — II. Configuration extérieure et rapports du foie. — III. Plèvres. Pathologie : I. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse. — II. Ligature et section du cordon ombilical.

*Fascicule XXXV.* — Anatomie : I. Rapports de l'utérus. — II. Rapports des reins. Pathologie : I. Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. — II. Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. — III. Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.

*Fascicule XXXVI.* — Anatomie : I. Urétère. — II. Rapports de la vessie. — III. Bassin osseux. Pathologie : I. Signes et diagnostic de la colique néphrétique. — II. Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.

*Fascicule XXXVII.* — Anatomie : I. Rapports de la rate. — II. Configuration extérieure et rapports du pancréas. Pathologie : I. Signes et diagnostic de la grossesse. — II. Hématuries. — III. Cautérisation par la chaleur.

*Fascicule XXXVIII.* — Anatomie : I. Veine porte. — II. Corps thyroïde. — III. Os maxillaire supérieur. Pathologie : I. Hémorrhoïdes. — II. Signes et diagnostic de l'appendicite.

*Fascicule XXXIX.* — Anatomie : I. Muscles de la région sous-hyoïdienne. — II. Articulation sacro iliaque. Anatomie : I. Hydrocèle. — II. Signes et diagnostic du pneumothorax. — III. — Tubage du larynx.

*Fascicule XL.* — Anatomie : I. Enveloppes de testicules. — II. Cordon spermatique. — III. Veines azygos. Pathologie : I. Métrorrhagies. — II. Fissure à l'anus. — III. Varicocèle.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 38**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Veine porte.** |
| II. | — . . . | **Corps thyroïde.** |
| III. | — . . . | **Os maxillaire supérieur.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Hémorrhoïdes.** |
| II. | — . . . | **Signes et diagnostic de l'appendicite.** |

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 40*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. — II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.— III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — II. Signes de la syphilis.**

# VEINE PORTE

## Définition.

La veine porte est le tronc commun des veines qui partent de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif et de ses annexes. Elle aboutit au foie auquel elle apporte avec son sang des matériaux d'élaboration chimique.

## Situation.

Dans la cavité abdominale, au voisinage de la paroi abdominale postérieure.

En avant de la colonne vertébrale et de la veine cave inférieure.

En arrière du pancréas, du duodénum.

Etendue depuis le flanc droit de la troisième vertèbre lombaire jusqu'au hile ou sillon transverse de la face inférieure du foie.

## Origine.

La veine porte est formée par l'union de trois veines.

1. La veine mésentérique supérieure ou grande mésaraïque.
2. La veine mésentérique inférieure ou petite mésaraïque.
3. La veine splénique qui vient de la rate.

Ces trois veines s'unissent ensemble, soit qu'elles convergent toutes trois vers le même point, soit que la veine petite mésaraïque se jette tout d'abord dans la veine splénique et que celle-ci se jette ensuite dans la grande mésaraïque.

Quel que soit leur mode de convergence, elles contribuent toutes trois à former par leur union la veine porte qui est formée au niveau du flanc droit de la troisième vertèbre lombaire en arrière de la tête du pancréas.

α) *Veine mésentérique supérieure.*

Formée en majeure partie par les veines de l'intestin grêle.

Ces veines ont leur origine par des veinules situées dans chaque villosité, traversant, en formant des plexus, les différentes tuniques intestinales ; puis arrivant toutes à converger au niveau du bord mésentérique de l'intestin. Là elles forment une série d'arcades, puis une seconde à mailles plus grandes et une troisième à mailles plus grandes encore, qui enfin se résume dans un seul tronc veineux : la veine mésentérique supérieure.

*Trajet.*

Situé dans l'intérieur du mésentère.

Forme une courbure à concavité regardant à droite et en arrière vers le bord adhérent du mésentére.

Chemine le long du bord adhérent de ce mésentère.

Passe entre la troisième portion du duodénum qui est sous-jacente et le bord inférieur du pancréas qui est sus-jacent.

Elle est parallèle à l'artère mésentérique supérieure.

Passe sur la face profonde du pancréas sur laquelle elle peut déterminer une gouttière et va à la rencontre de la veine splénique.

*Rameaux collatéraux.*

1. Veines gastro-épiploïques droites.
2. Veines coliques droites.
3. Veines de la moitié droite du côlon transverse.

Chez l'embryon elle reçoit la veine omphalo-mésentérique.

β) *Veine splénique.*

*Situation.*

En arrière de la face postérieure du pancréas.

*Origine.*

A lieu dans la rate, par de nombreuses radicules qui se réunissent pour former des rameaux et des branches, satellites des artères correspondantes. Il sort du hile de la rate 8 à 10 branches veineuses qui convergent ensemble et se réunissent pour former la veine splénique.

*Trajet.*

D'abord dans l'épiploon pancréatico-splénique.

Puis à la face postérieure du pancréas en se dirigeant vers la droite sans décrire aucune flexuosité contrairement à ce que fait l'artère.

Derrière la tête du pancréas elle s'unit à la veine grande mésaraïque.

*Rameaux collatéraux.*

— Veines pancréatiques.

— Veines courtes venant de la grosse tubérosité de l'estomac.

— Veine coronaire stomachique.

— Veines gastro-épiploïques gauches.

— Veines duodénales.

γ) *Veine mésentérique inférieure.*

*Origine.*

*Veine hémorroïdale supérieure.*

Cheminant à la face postérieure du rectum, et s'anastomosant en bas avec les veines hémorroïdales moyennes et inférieures, tributaires de la veine cave.

*Trajet.*

Sur le côté gauche de la colonne lombaire en glissant sous le péritoine.

Passe sur le côté gauche de la quatrième portion du duodénum et y forme, en s'entrelaçant avec l'artère colique gauche supérieure, l'arc vasculaire de Treitz.

Elle est là en rapport avec le rein gauche, et elle forme une courbe à concavité inférieure située dans le bord adhérent du repli duodénal supérieur qui limite la fossette duodénale supérieure.

Par un trajet dirigé ensuite vers la droite et sous le pancréas, elle va se jeter soit dans la veine splénique, soit dans l'angle formé par la convergence des veines splénique et mésentérique supérieure.

**Tronc.**

Dirigé en haut et à droite, vers le sillon transverse du foie.

*Rapports.*

*En avant.*

— Tête du pancréas.

Sur laquelle la veine porte imprime une dépression séparant la tête du corps pancréatique.

— Première portion du duodénum.

— Plus haut la veine porte est située dans le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique.

Elle y est entourée par le péritoine qui après avoir tapissé la face antérieure de l'estomac et avoir formé le feuillet antérieur du petit épiploon, se réfléchit pour tapisser la face postérieure de l'estomac, formant le feuillet postérieur du petit épiploon et la paroi antérieure de l'arrière-cavité des épiploons.

Dans le même repli péritonéal on trouve en avant d'elle : l'artère hépatique à gauche, le canal cholédoque à droite ; et, disséminés irrégulièrement, des vaisseaux lymphatiques, des ganglions et des filets nerveux.

Juxtaposée à ces organes et entourée par le péritoine du petit épiploon, elle contribue à limiter en avant l'hiatus de Winslow, orifice d'entrée dans l'arrière-cavité des épiploons.

*En arrière.*

Flanc droit de la colonne lombaire : deuxième et troisième vertèbres lombaires.

Veine cave inférieure, qui limite en arrière l'hiatus de Winslow.

*A droite.*

Lobe droit du foie.

Paroi abdominale latérale.

*A gauche.*

— Petite courbure de l'estomac.

— Espace cæliaque et son contenu.

*Branches collatérales.*

— Veines pancréatiques et duodénales.

— Veine pylorique.

— Veine cystique.

— Souvent veine coronaire stomachique.

**Terminaison.**

Dans le sillon transverse du foie la veine porte se divise en deux branches : l'une droite, l'autre gauche, qui sont couchées dans le sillon transverse et semblent se continuer l'une avec l'autre en ligne droite formant une sorte de tronc volumineux. *Sinus de la veine porte,* tout entier contenu dans le sillon transverse.

La branche droite pénètre dans le lobe droit en se divisant tout d'abord en deux nouvelles branches.

La branche gauche pénètre dans le lobe gauche.

*Rapports.*

*En avant.*

— Branches de l'artère hépatique.

— Canaux biliaires, vésicule biliaire.

Vaisseaux lymphatiques, ganglions, rameaux nerveux, insertion hépatique du petit épiploon.

La branche gauche reçoit l'insertion du canal fibreux remplaçant la veine ombilicale du fœtus, et en arrière celle du canal d'Aranzi devenu aussi fibreux chez l'adulte.

*Division.*

Les branches de la veine porte, après avoir pénétré dans la substance hépatique se divisent et se subdivisent formant des rameaux cheminant dans une gaîne formée par la capsule de Glisson et parallèlement aux ramifications artérielles et biliaires.

Elles arrivent ainsi dans les espaces interlobulaires où elles se divisent pour traverser les lobules et aller s'anastomoser avec les radicules des veines sus-hépatiques.

**Anastomoses du système porte avec le système cave.**

1. Anastomoses péri-rectales par l'intermédiaire des veines hémorroïdales.
2. Anastomoses par les veines portes accessoires.

— Système de Retzsius.

— Système de Sappey.

— Veines de Bürrow.

— Veines du ligament suspenseur.

— Veines du ligament coronaire.

**Physiologie.**

Charrie vers le foie — en même temps que le sang qui par les veines sus-hépatiques retournera à la circulation générale après avoir traversé la substance hépatique, — des matériaux, les albumonoïdes et les hydro-carbonés qui seront élaborés et deviendront la glycogène.

# CORPS THYROIDE

**Définition, — Situation.**

Organe impair placé au-devant de la portion supérieure de la trachée et des parois latérales du larynx, au-dessous de la saillie du cartilage thyroïde, formant deux lobes oblongs à grand axe à peu près vertical, et réunis par un relief transversal, visibles sous la peau quand le cou est mis dans une extension assez prononcée.

**Configuration extérieure.**

Forme.

Croissant, dont les extrémités sont renflées et formant des *lobes* de forme pyramidale et triangulaire, tandis que la partie médiane est plus grêle et plus amincie formant l'*ithsme* qui réunit l'un à l'autre ces deux lobes.

*Lobes.*

Trois faces, trois bords, un sommet, une base.

*Face antérieure.*

— Convexe, lisse.

*Face postérieure.*

— Irrégulière, creusée souvent en gouttière par le passage dans le voisinage du paquet vasculo-nerveux du cou.

*Face interne.*

— Irrégulière également à cause du voisinage de la trachée.

*Sommet.*

— S'appelle en général : *corne supérieure,* il est mince, arrondi.

*Base.*

— S'appelle *corne inférieure,* elle est mousse et arrondie.

*Isthme.*

*Face antérieure.*

— Lisse.

*Face postérieure.*

— Irrégulière, répondant à la trachée.

*Bord supérieur.* } Minces.
*Bord inférieur.* }

Du bord supérieur de l'isthme, à l'union de cet isthme avec le lobe gauche naît un prolongement qui monte en s'inclinant vers la ligne médiane. C'est la *pyramide de Lalouette.*

Forme tantôt cylindrique, tantôt conique. Peut se prolonger jusqu'à l'os hyoïde, à la face postérieure duquel elle s'insère.

Souvent ce prolongement est rudimentaire ou bien au contraire se continue plus haut jusqu'à la base de la langue, au sommet du V lingual par un canal musculo-conjonctif. C'est le canal thyréoglosse de His, vestige du pédicule qui chez l'embryon supportait l'ébauche thyroïdienne médiane.

Coloration.

— Rouge tirant sur le jaune.

Consistance.

— Uniformément molle en général.

Volume.

Variable. Plus considérable chez la femme que chez l'homme ; et chez la femme, plus pendant la menstruation ou la grossesse qu'à toute autre période.

**Moyens de fixité.**

*Capsule aponévrotique.*

Formée par dédoublement de l'aponévrose transversale du cou (Sebileau) qui, après avoir engainé le paquet vasculo-nerveux, forme par son feuillet antérieur deux lames dont l'une passe en avant du corps thyroïde et l'autre en arrière de cet organe entre lui et la trachée.

L'aponévrose transversale du cou n'est du reste elle-même qu'un feuillet détaché de la face profonde de l'aponévrose cervicale moyenne.

Des tractus aponévrotiques contribuent du reste à la fixité du corps thyroïde.

— Les uns médians se détachent du bord inférieur du cartilage cricoïde et aboutissent à l'isthme.

— D'autres latéraux :

*a*) Partent des cornes supérieures et vont à la bifurcation carotidienne et à l'aponévrose prévertébrale.

*b*) Partent des cornes inférieures et accompagnent les artères thyroïdiennes inférieures.

*c*) Partent de la partie moyenne des lobes et accompagnent les veines thyroïdiennes moyennes quand elles existent.

**Rapports.**

Isthme.

*Face antérieure.*

— Aponévrose cervicale moyenne.

— Muscles sterno-thyroïdien, cléido-hyoïdien, contenus dans un dédoublement de cette aponévrose moyenne.

— Aponévrose cervicale superficielle.

— Espace sus-sternal entre les deux aponévroses.

— Tissu cellulaire sous-cutané. Peau.

*Face postérieure.*

— Deuxième et troisième anneau de la trachée.

— Entre la glande et la trachée : plexus veineux, origine des veines thyroïdiennes inférieures.

*Bord supérieur.*

— Situé en général à mi-hauteur du premier anneau trachéal.

— Veine communicante supérieure.

— Artère crico-thyroïdienne.

*Bord inférieur.*

— Veines thyroïdiennes inférieures.

Lobes.

*Face antéro-externe.*

Aponévrose moyenne, dédoublée là comme au-devant de l'isthme et contenant entre ses deux feuillets les parties externes des muscles sterno-thyroïdien, cléido-hyoïdien, omo-hyoïdien.

*Plus superficiellement.*

— Aponévrose cervicale superficielle.

— Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

— Muscle peaucier, tissu cellulaire, peau.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané cheminent les veines jugulaires antérieures.

*Face interne.*

— Face externe des 5 ou 6 premiers anneaux de la trachée.

— Bord postérieur du cartilage thyroïde, face externe du cartilage cricoïde.

— Œsophage, pharynx.

Ces derniers rapports étant plus intimes et plus étendus à gauche qu'à droite.

— Nerf récurrent.

*Face postérieure.*

— Paquet vasculo-nerveux qui creuse souvent sur cette face une gouttière.

— Artère carotide primitive.

— Veine jugulaire interne.

— Nerf pneumogastrique.

— Artères thyroïdiennes inférieure et supérieure.
— Plus en arrière :
— Artère vertébrale.
— Ganglion cervical moyen du sympathique.

*Bord antérieur.*

Se continuant en dedans avec le bord supérieur de l'isthme.
— Muscle crico-thyroïdien.
— Faces latérales du cartilage thyroïde.
— Branches antérieures de division de l'artère thyroïdienne supérieure.

*Bord externe.*

— Paroi antérieure et externe de la veine jugulaire interne.

*Bord postérieur.*

— Parois latérales du pharynx, de l'œsophage.

*Sommet ou corne supérieure.*

— Division de l'artère thyroïdienne supérieure.
— Attache des ligaments latéraux supérieurs.

*Base ou corne inférieure.*

— Veines thyroïdiennes inférieures.
— Ligaments latéraux inférieurs.

## Structure.

VÉSICULES.

Arrondies, sphériques, ayant une paroi conjonctive tapissée de cellules épithéliales cylindriques, les unes dites cellules principales, les autres cellules colloïdes.

Un contenu formé de substance colloïde sécrétée par les cellules.

*Stroma conjonctif.*

Entoure les vésicules.

Contient des capillaires sanguins et lymphatiques très abondants.

**Vaisseaux et nerfs.**

Artères.

— Artères thyroïdiennes inférieures venant de l'artère sous-clavière.

— Artères thyroïdiennes supérieures venant de l'artère carotide externe.

— Quelquefois une artère thyroïdienne moyenne venant de l'artère carotide primitive, de la crosse aortique ou du tronc brachio-céphalique.

Veines.

— Veines thyroïdiennes supérieures, accompagnent les artères, se rendent par le tronc thyro-longo-facial à la veine jugulaire interne.

— Veines thyroïdiennes inférieures, se rendent au tronc brachio-céphalique.

Lymphatiques.

— Vont à des ganglions de la région carotidienne.

Nerfs.

— Proviennent des ganglions cervicaux du sympathique.

---

# OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

**Définition.**

Forme la partie la plus importante du massif facial supérieur.

**Situation.**

Au-dessous de la cavité orbitaire, au-dessus de la cavité buccale, en dehors des fosses nasales. Il s'articule par une apophyse horizontale avec son homonyme du côté opposé.

Il limite avec lui les fosses nasales et forme avec lui la mâchoire supérieure présentant à cet effet une arcade où sont implantées les dents.

**Forme.**

Pyramide triangulaire avec une base répondant aux fosses nasales ; et un sommet tronqué s'articulant avec l'os malaire. Les faces sont : l'une supérieure, l'autre antérieure, la troisième postérieure.

**Description.**

Corps.

*Face antérieure ou jugale.*

Concave et légèrement inclinée en bas.

Au centre excavation : fosse concave répondant aux deux premières molaires. A sa partie inférieure s'insère le muscle canin. Elle porte le nom de fosse canine.

*Au-dessus de la fosse canine.*

Orifice du canal sous-orbitaire ou *trou sous-orbitaire* donnant passage au nerf maxillaire supérieur.

*Au-dessus du trou sous-orbitaire.*

Rugosités d'insertion du muscle élévateur commun profond de la lèvre supérieure et de l'aile du nez.

*En dedans de la fosse canine.*

*Fossette myrtiforme* surmontant les deux incisives médianes.

*Insertion.*

Muscle myrtiforme.

Cette face est limitée par trois bords :

*Bord supérieur orbitaire.*

Concave en haut, rugueux dans sa moitié externe, formant dans sa moitié interne la *crête lacrymale antérieure..*

*Bord postérieur.*

Epais, mousse, continue le bord massétérin de l'os malaire.

*Bord antérieur.*

Tranchant. Echancrure nasale limitant latéralement l'orifice antérieur des fosses nasales osseuses.

*Face supérieure ou orbitaire.*

Forme la plus grande partie du plancher de l'orbite.

Traversée d'arrière en avant par une gouttière devenue en avant un véritable canal et logeant le nerf maxillaire supérieur.

Cette face est limitée par trois bords :

*Bord antérieur.*

Est le même que le bord supérieur de la face jugale.

*Bord postérieur.*

Forme le bord inférieur de la fente sphéno-maxillaire.

Présente une échancrure qui est le commencement de la gouttière sous-orbitaire.

*Bord interne.*

Articulé avec la lame papyracée de l'ethmoïde, l'unguis, le palatin offrant en avant une échancrure qui limite en dehors le conduit lacrymo-nasal.

*Face postérieure.*

Convexe dans tous les sens. Concave seulement légèrement dans la partie externe qui se continue avec la face postérieure du malaire.

*En haut.*

Gouttière où passe le nerf maxillaire supérieur pour aller gagner la gouttière sous-orbitaire.

*En bas.*

Conduits des nerfs et vaisseaux dentaires postérieurs.

Cette face est limitée par :

*Bord supérieur.*

Qui est le même que le bord postérieur de la face orbitaire.

*Bord inférieur.*

Qui est le même que le bord postérieur de la face jugale.

*Bord interne.*

Rugueux à ses deux extrémités qui s'articulent avec le palatin.

Lisse dans la partie médiane où il limite avec le bord antérieur de l'apophyse ptérygoïde qui est en arrière, *l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.*

*Base.*

Répondant aux fosses nasales.
Forme quadrilatère.

*Au centre.*

*Orifice du sinus maxillaire* ou antre d'Highmore à forme triangulaire, à angles arrondis.

*En arrière de l'orifice précédent.*

— Rugosités.

— Gouttière transformée en véritable canal par juxtaposition de l'os palatin : canal palatin postérieur.

Livrant passage aux vaisseaux et nerfs palatins postérieurs.

*Au-dessus de l'orifice du sinus.*

Cavités complétant les masses latérales de l'ethmoïde.

*En avant de l'orifice du sinus.*

— Crête d'articulation du cornet inférieur.

— Facette lisse répondant au méat inférieur des fosses nasales.

— Gouttière lacrymale transformée en véritable canal : *le canal lacrymo nasal* par juxtaposition de l'unguis et du cornet inférieur.

Cette base est limitée par quatre bords.

*Bord supérieur.*

— Qui est le même que le bord interne de la face orbitaire.

*Bord antérieur.*

— Le même que le bord antérieur de la face jugale.

*Bord postérieur.*

— Le même que le bord interne de la face postérieure.

*Bord inférieur.*

— Où vient s'implanter l'*apophyse palatine.*

*Sommet.*

Rugueux. Forme triangulaire à bord répondant aux faces de la pyramide.

Articulation de l'os malaire.

APOPHYSES.

*Apophyse palatine.*

*Situation.*

— S'implante sur le bord inférieur de la base. Se dirige horizontalement en dedans.

*Faces.*

*Supérieure.*

— Lisse, concave transversalement.

— Formant les deux tiers antérieurs du plancher de la fosse nasale correspondante.

*Inférieure.*

Rugueuse.

Parcourue d'arrière en avant par deux gouttières qui continuent le canal palatin postérieur et logent les vaisseaux palatins postérieurs.

*Bords.*

*Antérieur.*

Peu visible à la face supérieure où il est cependant représenté par un ligament aboutissant en dedans à *l'épine nasale antérieure et inférieure.*

Indiqué à la face buccale par une ligne sinueuse suturale, et partant en dedans d'un canal : canal palatin antérieur.

*Postérieur.*

S'articule avec l'os palatin.

*Interne.*

Dentelé, plus épais en avant qu'en arrière, s'articule avec le bord semblable du côté opposé. Les deux bords réunis forment ensemble une crête : crête nasale qui reçoit l'insertion du vomer et du cartilage de la cloison.

C'est à l'union de ces deux bords et dans la partie antérieure que l'on trouve le canal palatin antérieur formé d'un canal unique sur la face buccale et sur la face nasale de quatre canaux divergeant : deux antéro-postérieurs, deux dans le sens transversal.

*Apophyse montante.*

Implantée à l'angle antéro-supérieur de la face jugale et de la base.

*Face externe.*

— Crête lacrymale antérieure.
— Fosse du sac lacrymal.

*Face interne.*

— Crête horizontale s'articulant avec la partie antérieure du cornet moyen.

*Bord antérieur.*

Rugueux. S'articule avec le bord externe des os propres du nez.

*Bord postérieur.*

S'articule avec le bord antérieur de l'unguis.

*Arcade alvéolaire.*

S'unit à celle du maxillaire opposé au niveau de la ligne médiane pour former une courbe à concavité postérieure.

*Face externe.*

— Saillies et dépressions répondant aux alvéoles et aux cloisons inter-alvéolaires.

*Face interne.*

— Rugueuse. Se continuant avec la voûte palatine.

*Bord inférieur.*

— Avec huit alvéoles logeant huit dents.

**Architecture.**

*Sinus maxillaire.*

Le maxillaire supérieur est creusé d'une cavité dont la forme est en grande partie celle même du maxillaire. Cette cavité communique par un large orifice situé sur la base de l'os avec le méat moyen des fosses nasales.

**Ossification.**

*Cinq points.*

1. Formant la partie de l'os située en dehors de la gouttière sous-orbitaire.

2. Sinus maxillaire. Partie interne du plancher de l'orbite.

3. Deux-tiers postérieurs de l'apophyse palatine. — Partie interne du bord alvéolaire.

4. Apophyse montante.

5. Os incisif, qui reste séparé du reste du maxillaire jusque vers le cinquième mois de la vie intra-utérine ; peut rester non soudé au reste du maxillaire et persister ainsi après la naissance : c'est l'origine du bec de lièvre.

# HÉMORRHOÏDES

**Définition.**

Tumeurs des veines du rectum susceptibles de donner du sang à un moment donné (Gosselin).

Ce sont les varices des veines de la partie inférieure du rectum et de la région anale. Affection connue de tout temps ; mais les noms de Chassaignac et surtout de Gosselin dominent leur histoire.

**Anatomie pathologique.**

Division classique de Stahl en :

a) *Hémorrhoïdes externes.*

Siégeant à l'ouverture anale même, et au-dessous du sphincter.

b) *Hémorrhoïdes internes.*

Siégeant à l'intérieur du rectum.

Les hémorrhoïdes présentent les caractères généraux des varices (atrophie de la tunique moyenne).

Elles en présentent également les divers degrés :

Dilatation cylindroïde, serpentine, ampullaire.

Dilatation avec anses nouvelles aux dépens des capillaires ou des vasa vasorum.

Fusion par disparition des parois ; aspect caverneux et érectile.

La peau ou la muqueuse sus-jacentes peuvent rester normales. Souvent elles s'indureront et s'épaissiront.

L'hyperplasie conjonctive accompagnant les poussées inflammatoires amènera tantôt la transformation fibreuse et la guérison spontanée avec production de marisques, tantôt la production d'hémorrhoïdes kystiques.

## Etiologie.

1. Hémorrhoïdes idiopathiques.

*Leur fréquence extrême.*

Chez l'adulte, à partir de 30 à 40 ans, surtout chez la femme.

*Influence notable de la constipation; des professions sédentaires.*

*Influence accessoire de l'arthritisme, des climats chauds.*

*Leur pathogénie.*

On a invoqué pour expliquer la fréquence des hémorrhoïdes :

*a*) Des conditions anatomiques (richesse veineuse du rectum; l'absence de valvules; les rapports des veines avec le sphincter, qui est traversé par les anastomoses des systèmes veineux hémorrhoïdaires).

*b*) Des conditions physiologiques (Efforts répétés de défécation; contractions périnéales fréquentes dans la miction et l'éjaculation; congestions actives et passives multipliées des veines du bassin chez la femme en particulier).

2. Hémorrhoïdes symptomatiques.

Par entraves, soit locales, soit à distance, apportées à la circulation veinense.

a) *Causes locales.*

Rectite; rétrécissements du rectum.

b) *Causes à distance.*

Tumeurs abdominales; grossesse.

Gêne de la circulation porte (tumeurs; cirrhoses).

Gêne de la circulation générale (affections cardiaques, en particulier du cœur droit; affections pulmonaires chroniques).

**Symptômes.**

Toutes variétés cliniques, depuis les hémorrhoïdes légères inaperçues, ou déterminant une gène si minime que le malade ne s'en plaindra pas, jusqu'aux formes anémiantes par hémorrhagies répétées.

DÉBUT.

Long; insidieux. Par moments troubles congestifs dans la région anale.

ETAT.

a) *Signes fonctionnels.*

Parfois rien en temps ordinaire. Un peu de pesanteur anale ; des défécations pénibles avec irradiations lombaires et émissions sanguines (sang rutilant en général).

Ce n'est que par moment, soit spontanément, soit à la suite d'excès, de table particulièrement, que surviennent des poussées inflammatoires douloureuses : les crises hémorrhoïdaires.

*Description de la crise hémorrhoïdaire.*

Début par phénomènes congestifs, bourdonnements, céphalée, chaleur locale. Puis envies d'aller à la garde-robe, élancements, défécation extrêmement pénible, accompagnée d'irradiations lombaires. Hémorrhagie parfois abondante amenant une sédation momentanée.

Cette poussée fluxionnaire, extrêmement pénible, dure de deux à trois jours à une à deux semaines.

Elle se terminera par :

Soit résolution simple.

Soit hémorrhagie abondante (le flux hémorrhoïdaire périodique des Orientaux).

Soit par suppuration (abcès phlébitique).

b) *Signes physiques.*

1. *Il existe seulement des hémorrhoïdes externes.*

On fera mettre le malade soit à genoux et le tronc penché en avant, soit dans le décubitus latéral ; la jambe inférieure allongée, l'autre fléchie. Et on écartera les deux fesses.

On constatera l'existence de bourrelets saillants en un point de l'orifice anal, parfois l'environnant en totalité et donnant l'aspect d'une corolle.

Ces bourrelets sont lisses et arrondis si les hémorrhoïdes sont turgescentes (crise hémorrhoïdaire) ou flasques et plissés.

Leur couleur est rosée en dehors, violacée dans la partie muqueuse.

Enfin ils sont mous, réductibles en général.

2. *Il existe des hémorrhoïdes internes.*

Peuvent demeurer longtemps latentes, ne révélant leur présence qu'au moment de la défécation et rentrant après. Le plus souvent c'est l'hémorrhagie qui appelle l'attention du côté du rectum.

Il en existe deux variétés :

*a*) Les unes non procidentes, qui constituent un premier degré de l'affection.

Le toucher anal permet de constater la présence de saillies molles, quelquefois pulsatiles. Au spéculum on verra de petites tumeurs granuleuses, framboisées. Enfin, par la dilatation forcée de l'anus on pourra les amener au dehors.

*b*) Les autres sont procidentes. Ce sont des tumeurs pédiculées pouvant dans un effort quelconque sortir par l'anus.

Tantôt on peut les réduire facilement ; tantôt la réduction est pénible et douloureuse ; tantôt enfin elles sont irréductibles et, comme le dit Gosselin, elles ont perdu le droit de domicile dans le rectum.

Dans quelques cas, au moment des crises en particulier, il y a véritable étranglement, et, si on n'intervient pas, possibilité de gangrène.

**Evolution.**

Essentiellement chronique.

*a*) Chronicité avec poussées fluxionnaires de temps à autre.

*b*) Induration, transformation en marisques.

*c*) Complications (gangrène, abcès de la marge de l'anus, septicémie, abcès du foie).

**Diagnostic.**

Facile après examen local.

Quelques confusions peuvent être faites avec :

*a*) Dans le cas d'hémorrhoïdes externes.

— *Condylomes.*

Indolents, rugueux, durs.

— *Végétations simples.*

Multiples, petites, en granulations.

— *Prolapsus rectal.*

Tumeur rosée, plissée transversalement, avec orifice médian.

— *Epithélioma anal.*

*b*) Dans le cas d'hémorrhoïdes internes.

— *Polypes du rectum.*

Durs, rosés, pédiculés. Surtout chez l'enfant.

— *Cancer.*

Dur, marche rapide, s'ulcère. Etat général.

— *Fissures à l'anus.*

A cause de la douleur.

**Traitement.**

1. *De la cause.*

S'il y a lieu.

2. *Médical.*

Eviter la constipation, régime frugal, suppositoires calmants, applications froides ou chaudes.

3. *Chirurgical.*

Le seul traitement s'il y a de la gène par trop marquée et des crises fréquentes.

Divers procédés :

— Dilatation.
— Cautérisation.
— Excision.
— Ligature.

---

# SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DE

# L'APPENDICITE

**Début.**

Deux variétés principales et entre elles de nombreux intermédiaires.

a) *Insidieux.*

Malaise général, inappétence, constipation. Puis douleurs vagues dans la fosse iliaque qui devient tendue, empâtée. Etat nauséeux, quelques vomissements en même temps que la constipation s'accuse et que la fosse iliaque devient fort douloureuse à la pression.

C'est en somme l'aspect clinique de l'embarras gastrique fébrile, avec, en plus, l'empâtement et la douleur de la région iliaque droite.

b) *Brusque.*

Ce début, fréquent du reste, est autrement caractéristique et le diagnostic s'impose. En quelques heures l'appendicite est en pleine période d'état.

Douleur intense, brutale, débutant au niveau du cœcnm, s'irradiant ensuite dans l'abdomen.

Et en même temps état général grave :

Fièvre (38°-39°), vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux.

**Etat; examen du malade.**

L'appendicite se rencontre principalement chez l'enfant et l'adulte jeune.

SIGNES LOCAUX.

a) *Douleur profonde.*

— La douleur est d'abord localisée puis irradiée, néanmoins par une palpation attentive on constatera qu'elle présente toujours son maximum en un *point* dit *de Mac-Burnay* qui se trouve sur le milieu de la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure, ou plus exactement à quatre travers de doigts à partir de l'épine iliaque.

— *Ses irradiations :* à l'ombilic, à l'aine, au membre inférieur, enfin au testicule qui est rétracté à l'anneau.

b) *Hyperesthésie cutanée.*

Signalée principalement par le professeur Dieulafoy, elle consiste en douleur provoquée par le moindre frôlement du doigt ou d'une pointe de crayon.

c) *Contracture musculaire.*

La paroi abdominale est contracturée, c'est la *défense de la paroi.* Cette contracture peut être peu marquée, mais existe cependant toujours un peu à droite.

d) *Empâtement profond.*

Décelé dans la fosse iliaque droite par la palpation et la percussion. Il semble qu'on sent un boudin qui roule sous le doigt ; quelques-uns prétendent sentir l'appendice turgescent et augmenté de volume. La plupart du temps ce n'est pas lui; aujourd'hui qu'on opère systématiquement l'appendicite on reconnaît que la palpation, même lorsque la paroi est relativement souple, permet bien rarement de sentir l'appendice.

SIGNES GÉNÉRAUX.

*Fièvre* : 38°-39°-40°.
*Pouls* : rapide et petit (100-120).
*Facies grippé.*

*Langue sèche, blanche.*
*Constipation absolue.*
*Nausées, vomissements.*

Ces derniers peuvent du reste manquer.

**Evolution.**

Nous allons faire ici des emprunts au Manuel de Dieulafoy.

« Assez souvent, après deux ou trois jours de symptômes plus ou moins douloureux, de troubles digestifs plus ou moins accusés, la fièvre étant en général modérée, le calme se rétablit, la constipation cède, la fosse iliaque est moins sensible, moins tendue, le plan musculaire se défend moins et le malade guérit de son attaque appendiculaire.

« Dans d'autres cas, l'attaque d'appendicite est plus grave, la douleur de la fosse iliaque est plus intense ou plus persistante, la tension, le ballonnement de l'abdomen sont plus généralisés, les vomissements sont plus fréquents, et cependant peu à peu tout rentre dans l'ordre ; mais alors la convalescence est lente, et si plus tard le sujet se décide à se faire opérer à froid, on constate des adhérences, de la péritonite péri-appendiculaire, un appendice volumineux, déformé, un petit abcès enkysté et parfois une perforation imminente de l'appendice. »

Nous venons de voir ici les deux formes les plus bénignes de l'appendicite ; la seconde expose à la perforation et la la péritonite.

Il nous faut donc envisager maintenant l'appendicite avec péritonite généralisée ou localisée, soit débutant par la forme insidieuse, subaiguë, soit la forme grave d'emblée de l'appendicite, la forme foudroyante aboutissant à la péritonite aiguë, qu'il y ait ou non gangrène et perforation de l'appendice.

Appendicite avec péritonite généralisée.

Surtout des signes généraux graves, symptômes d'infection générale.

— Facies grippé ; yeux excavés.

— Nausées, vomissements porracés, fécaloïdes, hoquet.

— Dyspnée.

— Pouls filiforme, incomptable, et cependant souvent peu de T°.

— Collapsus ; mort en 48 heures.

Et localement on trouve :

— Début très brusque des douleurs.

— Ventre ballonné, sonore.

Dans quelques cas on se trouve en présence d'une péritonite septique diffuse, sans pus dans le péritoine ; dans d'autres cas au contraire, du pus a le temps de s'accumuler et donne de la matité daus les parties déclives.

— Appendicite avec péritonite localisée.

Cas assez fréquent ; que doit le plus souvent éviter l'intervention précoce.

Tous débuts et toutes évolutions. Le pus ne se collecte qu'au bout de quelques jours, des adhérences protectrices se forment qui isoleront l'abcès appendiculaire de la grande cavité péritonéale.

On sent une tuméfaction diffuse et douloureuse de la fosse iliaque droite, c'est le *blindage* décrit par Jalaguier.

La fluctuation est rare et tardive.

*Siège des abcès d'origine appendiculaire.*

Varie selon la situation de l'appendice, qui on le sait, est fort instable.

En général on se trouve surtout en présence de :

— *Abcès ilio-inguinal.*

Collection purulente occupant la partie inférieure de la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale; limitée en arrière par les anses grêles et le cæcum.

— *Abcès rétro-cœcal.*

Qui peut aller s'ouvrir dans le cæcum et dans le rectum.

En l'absence d'intervention, la collection purulente s'ouvre ordinairement sur la paroi abdominale ou dans le cæcum, plus rarement dans le rectum, le vagin, la vessie.

On doit éviter cette ouverture spontanée, et intervenir pour ne pas exposer le malade aux dangers de la péritonite généralisée par rupture des adhérences, ou à des suppurations interminables et à des fistules pyo-stercorales.

C'est également dans ces cas que l'on rencontre la pyléphlébite, les abcès du foie, la thrombose des vaisseaux iliaques.

— Appendicite chronique a rechutes.

Fréquente après une première atteinte d'appendicite subaiguë.

Série d'attaques appendiculaires, constituant à la fois une infirmité et un danger par la possibilité d'une perforation.

Dans l'intervalle des crises, signes d'entéro-colite muco-membraneuse,

Nécessite toujours une intervention.

## Diagnostic.

Doit en premier lieu être fait avec :

*La tgphlite vraie, par copro-stase.*

Affection discutée aujourd'hui, dans laquelle on constate l'existence d'un boudin cæcal rendant un son mat ou hydro-aérique ; avec douleur vague, sourde, progressive.

Chez la femme, le diagnostic à faire en première ligne est avec :

*La salpingite droite et plus rarement l'hématocèle.*

On recherchera le siège de la douleur, le passé génital ; on pratiquera le toucher vaginal qui

permettra de percevoir la trompe enflammée, ou un abcès salpingien faisant saillie dans le cul-de-sac droit ou en arrière.

Lorsqu'il y aura des signes de péritonite généralisée, on devra en reporter la cause à l'appendice et ne pas croire à :

*Occlusion intestinale.*
*Perforation stomacale.*
*Rupture d'une salpingite.*

On devra enfin faire le diagnostic avec :

1. *A cause de la tuméfaction iliaque.*
   *Phlegmon périnéphrétique.*
   *Psoïtis.*
   *Inflammation du testicule en ectopie.*
   *Péritonite tuberculeuse enkystée.*

2. *A cause de la douleur.*
   *Coliques hépatiques.*
   *Coliques néphrétiques à droite.*

On devra savoir enfin les variations de migration de l'appendice, et qu'en dehors de sa situation haute (peut simuler un abcès du foie) ou basse, il peut également se trouver dans un sac herniaire.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : **I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux.** PATHOLOGIE : **I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.**

*Fascicule X.* — ANATOMIE : **I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural.** PATHOLOGIE : **I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.**

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale.** PATHOLOGIE : **I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.**

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : **I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.**

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : **I. Os occipital. — II. Veines jugulaires.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.**

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : **I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.**

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : **I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.**

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : **I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.**

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : **I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.**

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : **I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.**

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : **I. Omoplate. — II. Creux axillaire.** PATHOLOGIE : **I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.**

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : **I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras.** PATHOLOGIE : **I. Anthrax. — II. Lavage du sang.**

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : **I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial.** PATHOLOGIE : **I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.**

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : **I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.**

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : **I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital.** PATHOLOGIE : **I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.**

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : **I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude.** PATHOLOGIE : **I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.**

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : **I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main.** PATHOLOGIE : **I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.**

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : **I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude.** PATHOLOGIE : **I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.**

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : **I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire.** PATHOLOGIE : **I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.**

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : **I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne.** PATHOLOGIE : **I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.**

*Fascicule XXIX.* — Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

*Fascicule XXXIII.* — Anatomie : **I. Configuration extérieure et rapports du cæcum. — II. Tronc cœliaque.** Pathologie : **I. Hématémèses. — II. Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire, aiguë, franche. — III. Fistules à l'anus.**

*Fascicule XXXIV.* — Anatomie : **I. Rapports du rectum. — II. Configuration extérieure et rapports du foie. — III. Plèvres.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse. — II. Ligature et section du cordon ombilical.**

*Fascicule XXXV.* — Anatomie : **I. Rapports de l'utérus. — II. Rapports des reins.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. — II. Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. — III. Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.**

*Fascicule XXXVI.* — Anatomie : **I. Urétère. — II. Rapports de la vessie. — III. Bassin osseux.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic de la colique néphrétique. — II. Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.**

*Fascicule XXXVII.* — Anatomie : **I. Rapports de la rate. — II. Configuration extérieure et rapports du pancréas.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic de la grossesse. — II. Hématuries. — III. Cautérisation par la chaleur.**

*Fascicule XXXVIII.* — Anatomie : **I. Veine porte. — II. Corps thyroïde. — III. Os maxillaire supérieur.** Pathologie : **I. Hémorrhoïdes. — II. Signes et diagnostic de l'appendicite.**

*Fascicule XXXIX.* — Anatomie : **I. Muscles de la région sous-hyoïdienne. — II. Articulation sacro iliaque.** Anatomie : **I. Hydrocèle. — II. Signes et diagnostic du pneumothorax. — III. — Tubage du larynx.**

*Fascicule XL.* — Anatomie : **I. Enveloppes de testicules. — II. Cordon spermatique. — III. Veines azygos.** Pathologie : **I. Métrorrhagies. — II. Fissure à l'anus. — III. Varicocèle.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 39**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**


| | | |
|---|---|---|
| I. | Anatomie. . . | **Muscles de la région sous-hyoïdienne.** |
| II. | — . . . | **Articulation sacro-iliaque.** |
| I. | Pathologie . . | **Hydrocèle vaginale.** |
| II. | — . . . | **Etiologie, signes et diagnostic du pneumothorax.** |
| III. | — . . . | **Tubage du larynx.** |


PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, rue de l'École-de-Médecine, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat,** on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour **20** fascicules . . . . . | **10** fr. »» | **12** fr. »» |
| — **40** — . . . . . | **18** fr. »» | **22** fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 40*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. rf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symp. mes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# MUSCLES DE LA RÉGION SOUS-HYOIDIENNE

**Définition.**

Ces muscles sont au nombre de quatre :

— Le muscle sterno-cléido-hyoïdien.
— Le muscle omo-hyoïdien.
— Le muscle sterno-thyroïdien.
— Le muscle thyro-hyoïdien.

Ils sont tous sous-jacents à l'os hyoïde sur lequel ils prennent en majeure partie leur insertion supérieure, allant ensuite prendre leur autre insertion sur la ceinture scapulaire pour les trois premiers d'entre eux, sur le cartilage thyroïde pour le quatrième.

**Description.**

Ces muscles forment deux plans superposés l'un à l'autre.

Sur le plan le plus superficiel sont les muscles sterno-hyoïdien et omo-hyoïdien.

Sur le plan profond, les muscles sterno-thyroïdien et thyro-hyoïdien.

*A.* Muscle sterno-cléido-hyoïdien.

*Situation.*

Sur la partie médiane du cou. Etendu depuis la face postérieure du sternum et de la clavicule jusqu'à l'os hyoïde.

*Insertions.*

*Inférieures.*

— Face postérieure de l'extrémité interne de la clavicule.

— Ligament costo-claviculaire.

— Partie voisine de la première pièce du sternum.

*Supérieures.*

— Bord inférieur du corps de l'os hyoïde, sur une étendue de 15 millimètres environ.

*Corps charnu.*

— Aplati, allongé, plus étroit en haut qu'en bas.

— Quelquefois dans le trajet intersection aponévrotique.

*Rapports.*

*En avant.*

— Clavicule.

— Sterno-mastoïdien.

— Aponévrose superficielle, peaucier, peau.

*En arrière.*

— Muscle sterno-thyroïdien.

— Muscle thyro-hyoïdien.

— Corps thyroïde.

— Membrane hyothyroïdienne.

— Portion latérale de la grande séreuse hyothyroïdienne.

Entre le bord interne des deux muscles juxtaposés apparaissent l'angle du cartilage thyroïde, le cartilage cricoïde, la partie supérieure de la trachée, l'isthme du corps thyroïde.

Ces muscles sont contenus dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale moyenne.

*B.* Muscle omo-hyoïdien.

*Situation.*

Sur les parties antéro-latérales du cou, étendu depuis le bord supérieur de l'omoplate jusqu'à l'os hyoïde.

*Insertions.*

*Inférieures.*

Bord supérieur de l'omoplate immédiatement en dedans de l'échancrure caracoïdienne.

*Supérieures.*

Moitié externe du bord inférieur du corps de l'os hyoïde.

Le corps musculaire est séparé en deux ventres: l'un postérieur, l'autre antérieur, par un tendon intermédiaire situé au niveau du point où le muscle croise la veine jugulaire externe.

Le corps musculaire se dirige en avant et en haut, contournant la partie inférieure des scalènes, croisant l'aire du triangle sus-claviculaire près de son angle inféro-interne.

*Rapports.*

*En avant.*

Muscle trapèze, clavicule.

Dans le tiers moyen :

Aponévrose cervicale superficielle.

Branches sus-claviculaire du plexus cervical.

Peaucier.

Dans le tiers antérieur :

Muscle sterno-mastoïdien.

Aponévrose superficielle, peaucier, peau.

*En arrière.*

Bord supérieur du muscle grand dentelé.

Muscles scalènes.

Partie supérieure du plexus brachial.

Veine jugulaire interne.

Artère carotide primitive.

Muscle sterno-thyroïdien, muscle thyro-hyoïdien.

Ce muscle est situé dans un dédoublement du

bord externe de l'aponévrose cervicale moyenne.

Il limite, en traversant le creux sus-claviculaire, le triangle omo-claviculaire où l'on voit passer l'artère sous-clavière et la veine sous-clavière.

*C.* Muscle sterno-thyroïdien.

*Situation.*

A la partie antérieure du cou, au voisinage de la ligne médiane.

*Insertions.*

*Inférieures.*

— Face postérieure de la première pièce du sternum.

— Face postérieure du cartilage de la première côte.

— Par quelques fibres à l'extrémité interne du cartilage de la deuxième côte.

*Supérieure.*

— Ligne oblique de la face latérale du cartilage thyroïde.

Corps charnu, dirigé en haut et en dehors, quelquefois une intersection aponévrotique un peu au-dessus du sternum.

*Rapports.*

*En avant.*

— Muscle sterno-cléido-hyoïdien.

— Muscle omo-hyoïdien.

— Première côte, poignée du sternum, articulation sterno-claviculaire.

— Muscle sterno-mastoïdien.

— Aponévrose cervicale superficielle, peaucier, peau.

*En arrière.*

— Troncs veineux brachio-céphaliques.

— Trachée, corps thyroïde.

— Veine jugulaire interne, artère carotide primitive.

Ce muscle est contenu dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale moyenne.

*D.* Muscle thyro-hyoïdien.

*Situation.*

Au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne.

*Insertions.*

*Inférieure.*

— Lèvre supérieure de la ligne oblique de la face externe du cartilage thyroïde.

*Supérieure.*

— Bord inférieur du corps de l'os hyoïde.
— Face externe de la grande corne.

*Rapports.*

*En avant.*

— Muscle cléido-hyoïdien, muscle omo-hyoïdien.
— Aponévrose cervicale superficielle, peaucier.

*En arrière.*

— Membrane thyro-hyoïdienne.
— Face externe du cartilage thyroïde.
— Nerf laryngé supérieur qui pénètre à travers la membrane thyro-hyoïdienne.
— Artère laryngée supérieure.

## Innervation des muscles sous-hyoïdiens.

Muscle sterno-cléido-hyoïdien.
Muscle omo-hyoïdien.
Muscle sterno-thyroïdien.

Branches nées de l'anse anastomotique entre le plexus cervical et la branche descendante du nerf grand hypoglosse.

Muscle thyro-hyoïdien : filet du grand hypoglosse né au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, quelquefois un filet du nerf laryngé externe.

**Action des muscles sous-hyoïdiens.**

Point d'appui en bas.

Abaissement de l'os hyoïde, et, par l'intermédiaire de cet os qu'ils fixent, contribuent à l'abaissement du maxillaire inférieur.

Jamais point d'appui en haut.

---

# ARTICULATION SACRO-ILIAQUE

## Définition.

L'articulation sacro-iliaque est celle qui met en contact d'une part le sacrum et d'autre part la partie postérieure de l'os iliaque. Ces articulations sont au nombre de deux : l'une droite et l'autre gauche, absolument symétriques.

## Surfaces articulaires.

*Sacrum.*

Surface auriculaire existant sur la partie supérieure du bord latéral de cet os.

Forme comparée à celle d'une oreille.

Aspect irrégulier, mamelonné, alternativement concave et convexe, mais plutôt concave, dans les sens horizontaux et verticaux si on l'examine dans son ensemble.

En arrière : rugosités déterminées par l'insertion des ligaments interosseux.

*Os iliaque.*

Surface auriculaire de même forme et de même aspect que sur le sacrum, située à la partie postéro-supérieure de la fosse iliaque interne. Elle est plus particulièrement convexe de haut en bas et d'avant en arrière.

En arrière, rugosités assez saillantes ayant aussi comme raison l'existence du ligament interosseux.

Si l'on examine les deux surfaces articulaires en les appliquant l'une contre l'autre, on voit que l'interligne qui les sépare est dirigé en dedans et en arrière.

Il y a de plus engrènement entre ces deux surfaces.

Revêtement cartilagineux beaucoup plus épais sur le sacrum que sur l'os iliaque. Ce revêtement cartilagineux est du reste irrégulier, mamelonné. Comme structure ce revêtement est un fibro-cartilage.

**Moyens d'union.**

*Capsule.*

Insertions se faisant de part et d'autre au voisinage du revêtement cartilagineux, sauf en avant où elles s'en éloignent d'un demi-centimètre environ.

Cette capsule se continue avec le périoste osseux.

*Ligaments.*

Les uns sont courts et voisins de l'articulation, ce sont les *ligaments sacro-iliaques.*

Les autres sont plus longs et plus éloignés de l'articulation, ce sont les *ligaments sacro-sciatiques.*

*A. Ligament sacro-iliaque antéro-inférieur ou sacro-iliaque antérieur.*

*Situation.*

Au-devant et en bas de l'articulation.

*Insertions.*

*Sacrées.*

Base et côtés du sacrum.

*Iliaque.*

Face interne de la partie la plus postérieure de l'os iliaque.

*Forme.*

Triangulaire, à sommet tronqué tourné vers le sacrum.

*Epaisseur.*

Diminue de haut en bas.

*B. Ligaments sacro-iliaques postéro-supérieurs.*

*Situation.*

En arrière et en haut de l'articulation.

*Comprend :*

α) *Une couche superficielle, véritable ligament sacro-iliaque postérieur.*

*Insertions.*

*Iliaque.*

Epine iliaque postéro-supérieure.

*Sacrée.*

Tubercule situé sur le bord latéral du sacrum en regard du troisième trou sacré.

On trouve doublant cette couche superficielle une couche plus profonde allant de l'épine iliaque postéro-supérieure aux tubercules sacrés postéro-externes des troisième, quatrième, cinquième vertèbres sacrées.

Sur le bord externe de ce ligament viennent se perdre les fibres les plus élevées du grand ligament sacro-sciatique.

β) *Ligament interosseux.*

*Situation.*

Dans l'interstice qui sépare la tubérosité iliaque de la tubérosité sacrée.

Formé de faisceaux fibreux, courts, solides, séparés les uns des autres par une graisse rougeâtre. Les plus solides vont à une fossette creusée immédiatement en arrière de la facette auriculaire.

*C. Ligament ilio-lombaire.*

*Situation.*

A la partie supérieure de l'articulation.

*Insertions.*

*Vertébrales.*

Apophyses transverses des deux dernières vertèbres lombaires.

*Iliaques.*

Lèvre interne de la crête iliaque et face interne de l'os iliaque au voisinage de cette crête.

Le faisceau se détachant de la cinquième vertèbre lombaire est le plus fort et le plus important; il a souvent la forme d'un cône engaînant l'apophyse transverse correspondante et rempli de tissu cellulo-graisseux.

*D. Grand ligament sacro-sciatique.*

*Situation.*

Au-dessous de l'articulation et assez loin d'elle.

*Insertions.*

*Inférieures.*

Tubérosité de l'ischion.

Lèvre interne en dedans des tendons réunis du demi-tendineux et du biceps.

Se prolonge le long de la branche horizontale de l'ischion.

*Supérieures.*

— Extrémité postérieure de la lèvre externe de la crête iliaque.

— Epine iliaque postéro-supérieure.

— Bords du ligament sacro-iliaque postérieur.

— Bord libre du sacrum.

— Bord des deux premières vertèbres coccygiennes.

*Forme.*

Triangle à base répondant au sacrum et au coccyx.

*Rapports.*

Son bord inférieur contribue à délimiter le détroit inférieur du bassin.

Face postérieure donne insertion au muscle grand fessier.

*E. Petit ligament sacro-sciatique.*

*Situation.*

Au-dessous de l'articulation et en avant du précédent.

*Insertions.*

*Externe.*

Sommet de l'épine sciatique.

*Internes.*

Bords du sacrum et du coccyx.

Face antérieure du grand ligament sacro-sciatique.

*Rapports.*

Face antérieure se confond avec le muscle ischio-sacro-coccygien.

*Au-dessus passent :*

— Vaisseaux et nerfs fessiers.

— Muscle pyramidal.

— Grand et petit nerfs sciatiques.

— Vaisseaux et nerfs ischiatiques et honteux internes.

*Au-dessous.*

— Tendon du muscle obturateur interne.

*Forme.*

Triangulaire, à sommet externe.

**Synoviale.**

S'attache au pourtour des revêtements cartilagineux.
Petit cul-de-sac en avant de l'interligne.

**Rapports.**

*En avant.*

— Muscle psoas iliaque.
— Artère iliaque interne.
— Uretère.
— Plexus lombaire et sacré.

*En haut.*

— Muscle carré des lombes.

*En arrière.*

— Masse sacro-lombaire.

**Vaisseaux.**

Artères fessières iléo-lombaires sacrées latérales.

**Nerfs.**

Premier et deuxième nerfs sacrés, nerf obturateur, plexus sacré, grand nerf lombo-sacré.

**Physiologie.**

Sacrum bascule autour d'un axe transversal passant vers le tiers postérieur des facettes auriculaires.

Extrémité antérieure s'abaisse et postérieure se relève ou inversement.

---

# HYDROCÈLE VAGINALE

On nomme hydrocèle l'épanchement de sérosité qui se forme dans la tunique vaginale ou dans le conduit vagino-péritonéal non oblitéré.

## Etiologie.

1. Hydrocèle vaginale simple, non congénitale.

*a*) Symptomatique d'une affection testiculaire évidente : tubercule, gomme, sarcome, carcinome, etc.

*b*) Idiopathique, ou considérée comme telle. Dans ce cas, diverses opinions. Pour Panas, Reclus, le plus souvent l'hydrocèle dépend d'une lésion cachée du testicule ou de l'épididyme (épididymite, blennorhagique, tuberculeuse).

2. Hydrocèle congénitale.

Caractérisée parce que le liquide épanché dans la vaginale demeure grâce à la non-oblitération du conduit vagino-péritonéal en communication directe avec la grande séreuse péritonéale.

De pathogénie controversée : peut être parfois d'origine péritonéale.

## Anatomie pathologique.

a) *Le liquide épanché.*

— De quelques grammes à 500, 1000 et plus.

— Liquide séreux, citrin, quelquefois laiteux ou brunâtre, contenant souvent des paillettes de cholestérine.

b) *La tunique vaginale.*

Blanchâtre, lisse, distendue uniformément ou bien présentant des brides (hydrocèle en calebasse, hydrocèle bilobée).

En général épaissie.

c) *Testicule et épididyme.*

Le testicule est repoussé en bas et en arrière, à moins d'inversion.

Dans le cas d'hydrocèle congénitale, le testicule peut être en divers points, selon les arrêts qu'il aura subis, dans sa migration.

C'est dans cette variété qu'on trouvera l'hydrocèle en bissac comprenant deux poches, l'une vaginale, l'autre abdominale, communiquant par le canal vagino-péritonéal.

## Symptômes.

Prendre comme type de description l'hydrocèle commune non congénitale et non symptomatique.

Début.

Insidieux ; le malade s'aperçoit par hasard de l'augmentation de volume des bourses.

Signes physiques.

a) *Inspection.*

— Tumeur de volume variable, assez régulièrement ovoïde ou piriforme, à grand axe dirigé verticalement.

— La peau des bourses est lisse, luisante, amincie ; dans les hydrocèles volumineuses, la peau du pénis elle-même est entraînée ; le pénis disparaît en partie, n'apparaissant plus que comme un bourrelet arrondi.

b) *Palpation.*

Cette tumeur est molle et fluctuante lorqu'elle n'est pas trop tendue, ou au contraire ferme, élastique, rénitente. Elle est non réductible et non douloureuse. Le palper décèle en même temps

en bas et en arrière un point douloureux dû au froissement du testicule qui normalement est refoulé en ce point.

c) *Recherche de la transparence.*

D'une main on énuclée en quelque sorte la tumeur de façon à la porter en avant. De l'autre main on applique sur une partie latérale de la tumeur le pavillon d'un stéthoscope. On regarde alors par l'autre extrémité de l'instrument, pendant qu'un aide place une lumière contre l'autre face latérale. On constate ainsi la transparence, et en bas et en arrière un point opaque dû à la présence du testicule.

d) *Ponction exploratrice.*

Tranche le diagnostic, en faisant constater l'existence de liquide séreux, citrin.

Signes fonctionnels.

Nuls en général. Douleurs vagues parfois ; surtout gêne mécanique de la marche. Gêne de la miction par déformation de la verge.

Evolution.

Lente et chronique.

En général s'établit assez vite, puis survient une longue période stationnaire. Le plus souvent, lorsque le volume de la tumeur atteint celui d'une orange, le malade demande à en être débarrassé. La guerison spontanée est excessivement rare (sauf chez l'enfant).

Complications.

a) *Rupture.*

Sous l'influence d'un choc, le liquide se répand dans le tissu cellulaire déterminant un œdème passager du scrotum qui se résorbe peu à peu.

b) *Inflammation.*

Rare, et aboutissant plus rarement encore à la suppuration ; déterminant simplement au milieu

de douleurs et de fièvre la formation de fausses membranes.

c) *Transformation en épanchement sanguin : hématocèle.*

Variétés diverses d'hydrocèle.

a) *Hydrocèle congénitale.*

Mêmes signes, mais étant donné qu'il existe deux poches et qu'elles communiquent, la tumeur scrotale est réductible et peut être refoulée dans l'abdomen (pas toujours très net).

Elle présente de l'impulsion à la toux et à l'effort.

Ectopie fréquente du testicule.

b) *Hydrocèle infantile.*

Chez les nouveau-nés.

Guérit facilement.

c) *Hydrocele en bissac.*

Deux poches, l'une scrotale, l'autre abdominale, au pli de l'aine, parfois énorme.

d) *Hydrocèle diverticulaire de Béraud.*

e) *Hydrocèle compliquée.*

Il peut exister en même temps un kyste du cordon ou une hernie.

f) *Hydrocèle laiteuse ou graisseuse.*

Par épanchement d'un liquide chyliforme (pays chauds).

## Diagnostic.

Nous ne reviendrons pas sur les signes positifs et indiquerons seulement avec quelles affections il peut être fait.

— *Hernie scrotale.*

Surtout dans le cas d'hydrocèle congénitale. Mais tumeur molle, gargouillant, sonore, contenue par un bandage.

— *Kystes de l'épididyme.*

Volumineux parfois, mais le testicule reste indépendant.

— *Kystes spermatiques.*

— *Hématocèle vaginale.*

A début brusque, souvent traumatique. Non transparente.

— *Tumeurs solides testiculaires diverses.*

## Traitement.

*Méthodes nombreuses.*

1. Compression et topiques révulsifs réussissant chez l'enfant (chlorhydrate d'ammoniaque).

2. Ponction simple au trocart (en avant et en dehors, après vérification de la situation postérieure du testicule).

3. Ponction évacuatrice suivie d'une injection médicamenteuse modificatrice (teinture d'iode en général, injectée dans le trocart à l'aide d'une seringue ou mieux d'un entonnoir (Guyon).

Chez l'enfant on comprimera à ce moment le canal inguinal.

4. Incision et nettoyage.

Soit le procédé de Volkmann (incision simple, nettoyage de la vaginale, la frotter légèrement).

Soit le procédé de Bergmann ou de Doyen par lequel on extirpe après dissection toute la vaginale jusqu'au voisinage du testicule et de l'épididyme.

---

# ETIOLOGIE, SIGNES ET DIAGNOSTIC DU PNEUMOTHORAX

On nomme pneumothorax l'épanchement d'air ou de gaz dans la cavité pleurale.

Cet épanchement peut être simplement gazeux (pneumothorax proprement dit) ou accompagné d'un épanchement liquide séreux (hydro-pneumothorax), ou purulent (pyo-pneumothorax).

## Etiologie.

*A.* Pneumothorax primitif.

Variété étiologique riche jadis, mais bien délaissée aujourd'hui. La plupart des pneumothorax dits primitifs sont des pneumothorax par tuberculose pulmonaire au début.

On admet encore la possibilité de la décomposition putride d'un épanchement purulent ; mais la théorie de l'exhalation gazeuse de Laënnec a vécu.

*B.* Pneumothorax secondaire a une perforation pleurale.

a) *D'origine pleurale.*

Par pleurésie purulente qui s'évacue spontanément soit au dehors (empyème de nécessité), soit dans une bronche (vomique).

b) *D'origine extra-pleurale.*

*1. Déchirure traumatique de la plèvre.*

— Par plaie pénétrante du poumon (coup de couteau, d'épée, etc.).

— Par un fragment de côte brisée.

— A la suite d'un effort brusque (quinte de coqueluche, sonnerie de clairon).

2. *Par lésions pulmonaires.*

— Au premier rang la tuberculose pulmonaire qui 9 fois sur 10 en est la cause. C'est en général, au début, un tubercule sis à la périphérie qui se ramollit avant que des adhérences pleurales aient eu le temps de se former et met en communication une petite bronche et la plèvre.

— Plus rarement : gangrène, abcès, cancer, emphysème.

3. *Par lésions diverses.*

— Abcès costaux, ulcère de l'estomac, etc.

En pratique, cette étiologie variée se simplifie. On a presque exclusivement affaire en effet à :

— Pneumothorax chez tuberculeux.
— — par plaie de poitrine.
— — par évacuation d'une pleurésie purulente.

## Symptômes.

### Début.

Deux modes, le premier fréquent, le second fort rare.

a) *Brusque.*

Au milieu d'une quinte de toux ou d'un effort, *douleur vive*, poignante sensation de déchirement dans le thorax, au niveau de l'omoplate ou du mamelon.

En même temps dyspnée (40 à 50 inspirations par minute), angoisse extrême.

Pouls filiforme, rapide; cyanose.

b) *Insidieux.*

Chez tuberculeux avancé, ou dans le cas de pneumothorax cloisonné (par vieilles adhé-

rences pleurales préalables). Un peu de douleur, de l'accélération respiratoire.

Période d'état.

Constituée d'emblée.

*Signes fonctionnels et généraux.*

Ce sont ceux du début qui tous vont s'atténuer progressivement au bout de quelques jours. Le malade, si son autre poumon est sain, s'habituera à respirer avec lui seul.

— *Douleur.*

Irradiée au thorax, s'atténue vite.

— *Dyspnée.*

S'atténue. Le malade va se coucher sur le côté atteint.

— *Fièvre.*

38°-39° les premiers jours, puis abaisse. Restent quelques exacerbations vespérales.

*Signes physiques.*

a) *Inspection.*

— Thorax dilaté du côté malade et immobile avec espaces intercostaux élargis.

— Dilatation du réseau veineux sous-cutané.

b) *Palpation.*

— Abolition des vibrations thoraciques.

c) *Percussion.*

— Sonorité exagérée ; tympanisme.

d) *Auscultation.*

— Abolition complète du murmure vésiculaire.

— Souffle fort, lointain, amphorique,

s'entendant aux deux temps, surtout à l'expiration dans tout le côté malade.

— Retentissement métallique de tous les bruits (voix, toux, bruits du cœur, glou-glou de la déglutition).

— Phénomène du tintement métallique, constitué par de petits bruits argentins analogues à celui que fait un grain de plomb tombant dans une coupe.

— Bruit d'airain, constitué par le retentissement spécial, amphorique, donné par deux pièces métalliques frappées l'une contre l'autre en avant du thorax, alors qu'on ausculte en arrière.

Si nous résumons les signes du pneumothorax, nous pouvons donner comme excellents signes cliniques :

— Le début brusque avec douleur subite et dyspnée.

— La sonorité exagérée avec abolition des vibrations.

— L'abolition du murmure respiratoire avec souffle amphorique et tintement métallique.

Evolution.

Excessivement variable.

*a*) Tantôt asphyxie aiguë (pneumothorax suffocant de Bouveret) et mort en quelques heures.

*b*) Guérison possible. On a prétendu que chez les tuberculeux le pneumothorax était providentiel et arrêtait la marche aiguë de l'affection. C'est parfois exact, mais en général un épanchement liquide, séreux d'abord, puis purulent, se produit ; l'état général s'aggrave et le malade succombe dans l'hecticité.

Variétés.

a) *Pneumothorax.*

Par adhérences préalables chez des tuberculeux ou dans le cas de pleurésie purulente enkystée.

Signes limités et par suite moins nets ; confusion fréquente avec une caverne pulmonaire.

b) *Hydro-pneumothorax et pyo-pneumothorax.*

On a comme signes physiques en plus de ceux du pneumothorax simple :

1. Matité déclive.

2. Phénomène de la succusion hippocratique ; c'est à dire glou-glou, bruit de flot à timbre métallique lorsqu'en même temps qu'on ausculte le malade on imprime à son thorax une vive secousse.

3. Bruit de glou-glou pleural dans les pneumothorax cloisonnés à logettes communicantes, lorsqu'on fait alternativement coucher et redresser le malade.

**Diagnostic.**

Le pneumothorax généralisé ne doit pas être confondu avec :

— *Emphysème aigu.*

Signes moins marqués, pas de bruits à timbres métalliques, et surtout bilatéralité des signes physiques.

— *Pneumonie ; pleurésie.*

C'est une affaire de bonne interprétation des signes physiques ; en général dans le cas de pneumothorax généralisé, une oreille exercée ne s'y trompe pas.

L'hydro ou le pyo-pneumothorax peuvent être plus facilement confondu avec :

— *Une pleurésie.*

Mais au-dessus de la ligne de matité on a de l'hypersonorité, du bruit de flot, un souffle amphorique.

La fluctuation stomacale toutefois ne devra pas dans ce cas être prise pour un bruit de flot.

Les pneumothorax partiels sont au contraire d'un diagnostic fort difficile.

S'ils siègent au sommet on peut les confondre avec :

*Caverne tuberculeuse de grandes dimensions.*

On se basera sur l'évolution, l'existence normale des vibrations dans le cas de caverne.

A la base, les cavernes pulmonaires sont fort rares, aussi peut-on les confondre avec un pneumothorax de la base.

Dans ce cas également le diagnostic se pose avec l'abcès sous-phrénique où se sont épanchés les gaz de l'intestin.

---

# TUBAGE DU LARYNX

Le tubage du larynx (ou intubation) a pour but de placer dans le larynx, par la voie buccale, une canule de forme appropriée, destinée à rétablir la perméabilité des voies aériennes.

## Indications.

Employé il y a quarante ans dans le traitement du croup par Bouchut ; puis tombé dans l'oubli absolu ; ce fut, en Amérique, O'Dywer qui s'en servit à nouveau en perfectionnant le procédé et le vulgarisa.

Actuellement le tubage est employé couramment et presque exclusivement dans le traitement du croup. Il permet au sérum antidiphtérique d'avoir le temps d'agir et ne présente pas les graves dangers de la trachéotomie.

En dehors du croup on l'emploie peu dans les autres sténoses laryngées. Il est inférieur à la trachéotomie toutes les fois que la sténose n'est pas passagère.

Dans la diphtérie laryngée on pratiquera le tubage dès que les phénomènes asphyxiques tendront à apparaître (dyspnée, cyanose, tirage).

## Instruments.

Plusieurs modèles existent actuellement, ceux de O'Dywer, Collin, Ferroud ; nous décrirons sommairement celui de Collin.

Il comprend essentiellement :

a) *Des tubes de divers calibres.*

Tubes en bronze doré, massifs et lourds, ayant un aspect fusiforme, avec une cupule à l'extrémité supérieure.

Le plus employé est le tube court de Sevestre.

b) *Un mandrin porte-tube.*

Qui s'introduit dans le tube.

c) *Un introducteur.*

Qui à l'aide d'un mécanisme simple et ingénieux permet par l'intermédiaire du mandrin de porter le tube dans le larynx et d'en retirer le mandrin tout en laissant le tube.

d) *Un extracteur.*

Dont, comme nous le verrons, on se passe en général.

e) *Un ouvre-bouche.*

**Manuel opératoire.**

*A.* Préparatifs.

1. Les instruments ont été stérilisés ; le tube correspondant à l'âge de l'enfant a été choisi.

2. L'enfant, dont on vient d'irriguer la gorge, est mis entre les jambes d'un aide assis qui lui maintient bras et jambes. Un second aide, debout derrière le premier, maintient la tête dans la rectitude, avec une très légère flexion en avant.

*B.* Opération (1).

*Premier temps : recherche des points de repère.*

L'ouvre-bouche mis en place entre les arcades dentaires gauches au niveau des molaires, introduire l'index gauche dans la bouche à la recherche de l'épiglotte. L'index la relève, puis va à la recherche des cartilages aryténoïdes qu'il ne doit plus quitter.

*Deuxième temps : introduction du tube jusqu'à l'orifice du larynx.*

La main droite saisit l'introducteur sur lequel est monté le tube (un fil assez long a été préala-

(1) Voir, pour plus de détails, l'article de Sevestre et Martin dans le *Traité des maladies de l'enfance*, article auquel il a été fait de nombreux emprunts.

blement passé dans un trou que porte la cupule supérieure).

Le tube est porté ainsi jusque dans le pharynx, au contact de la face unguéale de l'index gauche. Il contourne alors son bord externe, passe sur sa face antérieure, et s'interpose entre elle et l'épiglotte.

*Troisième temps : introduction du tube dans le larynx.*

Se fait doucement, sans violence surtout. On appuie légèrement pour triompher du spasme ; et au moment d'une inspiration, le tube pénètre. Un accès de suffocation survient ; on s'assure que le tube est bien dans le larynx ; l'index vient avec l'ongle l'enfoncer et l'empêcher de remonter pendant qu'on retire le mandrin et l'introducteur.

C. Soins consécutifs.

On s'assure que l'enfant respire librement ; on fait une injection de quelques gouttes d'huile mentholée à 1 p. 20.

Quelques quintes de toux ; de la gène à la déglutition vont exister le premier jour.

L'enfant sera maintenu dans une atmosphère humide, et sera surveillé de près.

## Extraction du tube ; détubage.

Se fait soit lors de la guérison, soit pour parer aux accidents d'obstruction.

Deux procédés :

1. *Détubage au moyen de l'extracteur.*

L'index gauche le guide et lui permet de pénétrer dans la cavité du tube.

2. *Procédé de l'énucléation (Bayeux).*

Coup de pouce sur l'extrémité inférieure du tube au niveau du cricoïde et abaisser vite la tête de l'enfant en avant et le faire cracher.

**Difficultés ; accidents immédiats et consécutifs.**

Indocilité de l'enfant ; recherche pénible des points de repère ; mandrin s'enlevant difficilement, telles sont les principales difficultés. Quant aux accidents, ils sont de deux ordres, immédiats et consécutifs.

1. Immédiats.

— *Pénétration du tube dans l'œsophage.*

Sans grand inconvénient, mais tout est à recommencer.

— *Fausses routes.*

A la suite de manœuvres violentes et maladroites.

— *Obstruction du tube par une fausse membrane.*

Cyanose, bruit de clapet. Faire une injection d'huile mentholée ; si cela ne suffit pas, détuber et retuber rapidement.

2. Consécutifs.

C'est à dire dans les jours qui suivent.

— *Obstruction brusque du tube.*

— *Rejet du tube.*

Soit qu'il soit craché, soit qu'il soit dégluti (se trouve dans les garde-robes trois jours après).

— *Ulcérations de la muqueuse laryngée.*

— *Rétrécissements laryngés.*

Rares et sous la dépendance d'ulcérations antérieures.

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.* — Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

*Fascicule XXXIII.* — Anatomie : **I. Configuration extérieure et rapports du cæcum. — II. Tronc cœliaque.** Pathologie : **I. Hématémèses. — II. Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire, aiguë, franche. — III. Fistules à l'anus.**

*Fascicule XXXIV.* — Anatomie : **I. Rapports du rectum. — II. Configuration extérieure et rapports du foie. — III. Plèvres.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse. — II. Ligature et section du cordon ombilical.**

*Fascicule XXXV.* — Anatomie : **I. Rapports de l'utérus. — II. Rapports des reins.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. — II. Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. — III. Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.**

*Fascicule XXXVI.* — Anatomie : **I. Urétère. — II. Rapports de la vessie. — III. Bassin osseux.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic de la colique néphrétique. — II. Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.**

*Fascicule XXXVII.* — Anatomie : **I. Rapports de la rate. — II. Configuration extérieure et rapports du pancréas.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic de la grossesse. — II. Hématuries. — III. Cautérisation par la chaleur.**

*Fascicule XXXVIII.* — Anatomie : **I. Veine porte. — II. Corps thyroïde. — III. Os maxillaire supérieur.** Pathologie : **I. Hémorrhoïdes. — II. Signes et diagnostic de l'appendicite.**

*Fascicule XXXIX.* — Anatomie : **I. Muscles de la région sous-hyoïdienne. — II. Articulation sacro iliaque.** Anatomie : **I. Hydrocèle. — II. Signes et diagnostic du pneumothorax. — III. — Tubage du larynx.**

*Fascicule XL.* — Anatomie : **I. Enveloppes de testicules. — II. Cordon spermatique. — III. Veines azygos.** Pathologie : **I. Métrorrhagies. — II. Fissure à l'anus. — III. Varicocèle.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.

# RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

UN GROUPE D'INTERNES

DES HOPITAUX DE PARIS

---

**FASCICULE 40**

**PRIX : CINQUANTE CENTIMES**

| | | |
|---|---|---|
| I. | ANATOMIE. . . | **Cordon spermatique.** |
| II. | — . . . | **Enveloppes du testicule.** |
| III | — . . . | **Veines azygos.** |
| I. | PATHOLOGIE . . | **Métrorrhagies.** |
| II. | — . . . | **Fissure à l'anus.** |
| III. | — . . . | **Varicocèle.** |

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

—

1899

**SOUSCRIPTION**

Pour recevoir régulièrement les fascicules du Recueil des **Questions d'Externat**, on peut souscrire aux conditions suivantes :

| | Paris | Départements |
|---|---|---|
| Pour 20 fascicules . . . . . | 10 fr. »» | 12 fr. »» |
| — 40 — . . . . . | 18 fr. »» | 22 fr. »» |

# LE RECUEIL

DES

# QUESTIONS D'EXTERNAT

PAR

## UN GROUPE D'INTERNES

DES HÔPITAUX DE PARIS

Formera 40 fascicules in-8°, comprenant chacun cinq questions (Anatomie et pathologie.)

**Il paraîtra un fascicule par semaine.**

Tous les fascicules seront vendus séparément : **cinquante centimes.**

---

*SOMMAIRE DES FASCICULES 1 A 40*

---

*Fascicule I.* — ANATOMIE : **I. Artère sous-clavière. — II. Muscles pectoraux.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de côtes et complications. — II. Signes du mal de Pott. — III. Anesthésie chloroformique et ses accidents.**

*Fascicule II.*— ANATOMIE : **I. Diaphragme. —II. Espace intercostal. — III. Muscle psoas-iliaque.** PATHOLOGIE : **I. Ascite, paracentèse de l'abdomen. — II. Injections hypodermiques.**

*Fascicule III.*— ANATOMIE : **I. Os iliaque. — II. Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic des péritonites aiguës. — II. Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. — III. Appareils plâtrés.**

*Fascicule IV.* — ANATOMIE : **I. Extrémité supérieure du fémur. — II. Canal inguinal. — III. Muscles pelvi-trochantériens.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la coxalgie. — II. Examen clinique des urines.**

*Fascicule V.*— ANATOMIE : **I. Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — II. Muscles fessiers.** PATHOLOGIE : **I. Etiologie, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — II. Furoncle. — III. Anesthésie locale.**

*Fascicule VI.* — ANATOMIE : **I. Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs. II. Triangle de Scarpa.—III. Articulation du genou.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. — II. Epistaxis et traitement.**

*Fascicule VII.* — ANATOMIE : **I. Muscles de la patte d'oie. — II. Artère fémorale et ses branches.** PATHOLOGIE : **I. Fractures de la rotule. — II. Varices du membre inférieur et leurs complications. — III. Pansements antiseptiques.**

*Fascicule VIII.* — ANATOMIE : **I. Muscle quadriceps fémoral. — II. Veines superficielles du membre inférieur. — III. Nerf sciatique.** PATHOLOGIE : **I. Symptômes et diagnostic de la tumeur blanche du genou.— II. Signes de la syphilis.**

# CORDON SPERMATIQUE

## Définition.

Le cordon spermatique est l'ensemble des organes qui apportent au testicule les matériaux de nutrition (artères spermatique, déférentielle), et des organes qui remportent le sang qui a traversé la glande (veines spermatiques) et enfin le produit de sécrétion de la glande (canal déférent).

Ces différents organes accompagnés des vaisseaux lymphatiques et de tissu cellulaire, entourés d'une membrane cellulaire, forment un faisceau arrondi.

## Situation.

Dans une première portion le cordon spermatique s'étend depuis le testicule jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, c'est ce que l'on peut appeler la *portion scrotale.* Dans une seconde portion il traverse le trajet inguinal, c'est la *portion inguinale* pendant laquelle les différents éléments qui le constituent commencent déjà à s'éloigner les uns des autres.

Enfin il faut étudier ensuite ce que devient chacun des organes qui le constituent une fois qu'ayant franchi l'orifice profond du canal inguinal ils vont chacun vers une destination qui leur est particulière.

## Description.

*A.* Canal déférent.

*Origine.*

Au niveau de la queue de l'épididyme.

*Trajet.*

*a*) Accolé à la face interne du testicule, dirigé d'arrière en avant parallèlement à l'épididyme.

Nombreuses sinuosités.

*b*) Directement en haut, par un trajet rectiligne dans toute la partie scrotale du cordon.

Il occupe la partie postérieure du cordon.

*c*) Suit le canal inguinal en se dirigeant comme lui en haut, en dehors et en arrière.

*d*) Arrive dans l'abdomen.

Crosse à concavité inférieure et interne embrassant la crosse à concavité contraire de l'artère épigastrique.

Chemine sous le péritoine, puis longe la face latérale et la face postérieure de la vessie.

*Terminaison.*

Aboutit au côté interne de l'extrémité inférieure de la vésicule séminale.

*Consistance.*

Dure.

*Volume.*

Diamètre de 2 à 3 millimètres.

*Calibre.*

Tiers de millimètre.

*Structure.*

Couche externe : celluleuse.
Couche interne : muqueuse.
Couche moyenne : musculaire.

*B.* Artères du cordon.

α) *Artère spermatique.*

*Origine.*

A droite : aorte.
A gauche : artère rénale gauche.

*Trajet.*

*a*) Sous-péritonéal, passant au-devant du muscle psoas, presque verticalement.

Croise à angle aigu l'uretère et en passant en avant de lui.

*b*) Dans le canal inguinal qu'elle parcourt dans toute sa longueur.

*c*) Dans la portion scrotale descend verticalement en avant du canal déférent.

*Terminaison.*

Au niveau du testicule division en :

1. Branche épididymaire.
2. Branche testiculaire, qui aborde la glande par la partie moyenne de son bord supérieur.

β) *Artère déférentielle.*

*Origine.*

Sur l'artère vésicale postérieure, branche elle-même de l'artère hypogastrique.

*Trajet.*

Accompagne le canal déférent auquel elle est intimement accolée.

*Terminaison.*

Anastomose avec l'artère spermatique.

γ) *Artère funiculaire.*

*Origine.*

Artère épigastrique.

*Trajet.*

Traverse le canal inguinal.

*Terminaison.*

S'épuise dans l'épaisseur du cordon en s'anastomosant avec l'artère spermatique et les artères honteuses externes.

*C.* Veines spermatiques.

*Origine.*

Dans le testicule et dans l'épididyme.
Formant un plexus dans le corps d'Highmore.

*Trajet.*

— Montent parallèlement au canal déférent en formant deux groupes : l'un antérieur à ce canal, l'autre inguinal.

— Passent ensuite toujours divisées en deux groupes dans le canal postérieur.

*Terminaison.*

— Une fois arrivées à l'orifice profond du canal inguinal.

Groupe antérieur forme le plexus *pampiniforme* accompagnant l'artère spermatique. Se condensant bientôt en un seul tronc qui à droite se jette dans la veine cave inférieure et à gauche dans la veine rénale.

Groupe postérieur, se jette dans les veines épigastriques.

Ces veines sont en général volumineuses et fréquemment dilatées et variqueuses.

*D.* Vaisseaux lymphatiques.

*Origine.*

Testicule, épididyme.

*Trajet.*

Parallèle aux vaisseaux sanguins.

*Terminaison.*

Ganglions lombaires.

*E.* Nerfs.

α) Issus du grand sympathique, forment deux plexus, l'un accompagne l'artère spermatique ; l'autre l'artère déférentielle.

β) Issus des branches génitales du plexus lombaire.

*F.* Tissu cellulaire.

Gaîne cellulaire propre autour de chaque élément du cordon.

Tissu de remplissage entre chaque gaîne.

— Au milieu de ce tissu :

α) Quelques fibres musculaires lisses dites : cremaster interne.

β) Restes fibreux du canal embryonnaire péritonéo-vaginal.

**Rapports.**

*Intrinsèques.*

Des éléments du cordon entre eux.

Formant un groupe postérieur :

— Canal déférent.
— Artère déférentielle.
— Artère funiculaire.
— Veines postérieures.

Formant un groupe antérieur :

— Artère spermatique.
— Veines antérieures.
— Filet du nerf abdomino-génital.

Le tout est entouré de tissu cellulaire.

*Extrinsèques.*

Le cordon est entouré d'une toile celluleuse appendue à l'orifice cutané du canal inguinal.

Tout autour sont les enveloppes communes au cordon et au testicule :

— Tunique fibreuse.
— Crémaster.
— Couche cellulaire.
— Darto.
— Peau.

---

# ENVELOPPES DU TESTICULE

**Définition.**

Les testicules, appendus par le cordon spermatique au-dessous de la partie tout à fait antérieure du périnée, sont entourés par différents plans musculo-aponévrotiques qui contribuent à leur fixité et qui aussi leur sont un moyen de protection contre les chocs venus du dehors.

Parmi ces membranes, les unes sont communes aux deux testicules. Elles portent le nom de *bourses*. Elles sont au nombre de deux, l'une droite, l'autre gauche, juxtaposées l'une à l'autre sur la ligne médiane, — à leur intérieur, d'autres membranes : cremaster, tunique fibreuse, vaginale, sont propres à chaque testicule.

**Description.**

α) *Tuniques communes.*

Plus larges en bas qu'en haut. Juxtaposées l'une à l'autre sur la ligne médiane, les deux bourses sont séparés l'une de l'autre par une cloison antéro-postérieure. Extérieurement cette séparation donne lieu à l'existence d'un raphé médian, se prolongeant en avant sur le pénis et en arrière jusqu'au périnée, au voisinage de l'anus.

A. *Appareil de suspension et cloisonnement des bourses.*

Cet appareil de suspension a été étudié et décrit principalement par Sappey.

Il est constitué :

1. Par une lamelle qui part de l'aponévrose périnéale inférieure et qui aborde les bourses à leur partie postérieure.

2. Latéralement par une lamelle de tissu cellulo-élastique qui se perd d'un côté dans les bourses et s'attache d'autre part à la branche ischio-pubienne correspondante.

3. En avant, par des lamelles étroites qui descendent de la partie inférieure de l'épigastre et qui viennent se terminer dans les bourses au niveau de la racine de la verge par leurs parties latérales, tandis que leur partie médiane forme :

*a*) Le ligament suspenseur de la verge.

*b*) La cloison médiane séparant les deux bourses l'une de l'autre.

B. *Scrotum. Enveloppe cutanée.*

C'est la couche la plus superficielle des enveloppes du testicule.

Très extensible. Granulations pigmentaires.

Existence de rides devenant plus saillantes quand le scrotum se resserre ; de poils espacés ; de glandes sébacées très saillantes sous l'épiderme.

Adhère intimement par sa face profonde au dartos, et, à l'extrémité supérieure des bourses, aux lames fibro-élastiques de l'appareil suspenseur.

C. *Enveloppe musculaire. Dartos.*

Adhère par sa face superficielle au scrotum. Est, comme le scrotum, une enveloppe commune aux deux testicules.

*Structure.*

Fibres musculaires lisses, reliées entre elles par du tissu conjonctivo-élastique.

*Faisceaux superficiels.*

Dirigés en tous sens, plus multipliés au niveau du raphé.

*Faisceaux profonds.*

Presque parallèles les uns aux autres, se dirigent en bas, en dedans et en arrière, vers le raphé médian. Quelques-uns se réfléchissent dans la cloison.

D. *Couche celluleuse.*

Qui sépare les membranes communes décrites — des menbranes propres sous jacentes.

β) *Tuniques propres.*

Séparées du dartos par une interposition du tissu cellulaire lâche.

A. *Cremaster ou tunique érythroïde.*

*Structure.*

Tissu musculaire strié.

Autrefois regardé par Cloquet comme formé par les fibres les plus inférieures du petit oblique et du transverse de l'abdomen, descendant sur le cordon jusqu'au niveau du testicule, puis remontant ensuite vers l'épine pubienne, formant ainsi des anses à concavité supérieure. Malgré la description de Cloquet, ces faisceaux musculaires ont une existence propre. Ces faisceaux sont au nombre de deux : l'un externe, l'autre interne.

*Faisceau externe.*

*Origine.*

Moitié externe de l'arcade crurale.

Situé à la partie inférieure du cordon. Se divise en plusieurs faisceaux secondaires qui en descendant s'étalent à la surface du cordon.

*Faisceau interne.*

*Origine.*

Epine pubienne. Gaîne du muscle grand droit. Il s'étale aussi plus bas en plusieurs faisceaux.

La partie inférieure de ces faisceaux forme plus particulièrement ce que l'on appelle : *tunique érythroïde.*

Constitué par des faisceaux charnus très espacés et entourant incomplètement le testicule.

B. *Tunique fibreuse.*

C'est une sorte de gaîne fibreuse contenant dans sa cavité le testicule, l'épididyme et le cordon, et adhé-

rant par son extrémité supérieure à l'orifice cutané du testicule inguinal.

On l'a regardée pendant longtemps comme due à un refoulement du fascia transversalis par le testicule au moment de sa migration. Il n'en est rien, cette tunique n'a même pas l'apparence fibreuse, c'est une toile celluleuse mince (Sappey).

La cavité de cette gaîne est cloisonné par des tractus qui séparent les uns des autres les différents éléments du cordon.

Elle adhère intimement par sa face superficielle au crémaster, et par sa face profonde à la tunique vaginale.

C. *Tunique vaginale.*

Séreuse comprenant un feuillet pariétal, appliqué à la tunique fibreuse précédente, et un feuillet viscéral, appliqué au testicule, à l'épididyme et à la partie la plus inférieure du cordon.

*Trajet.*

*Feuillet viscéral.*

*En dehors.*

Bord antéro-inférieur du testicule, face externe.

Bord supéro-postérieur du testicule en s'introduisant entre lui et l'épididyme dans sa partie moyenne.

Bord inférieur, face externe de l'épididyme. Remonte pendant 8 ou 10 millimètres le long du cordon spermatique, puis se réfléchit formant un cul-de-sac à concavité inférieure et se continue avec le feuillet pariétal.

*En dedans.*

Face interne du testicule.

Passe du testicule sur l'épididyme sans s'insinuer entre eux comme il le faisait en dehors.

Revêt l'épididyme, puis le pédicule vasculaire de la glande et se réfléchit ensuite dans le feuillet pariétal.

*Feuillet pariétal.*

Adhère par sa face superficielle à la tunique fibreuse, et est en rapport par sa face profonde avec le feuillet viscéral. Il a une étendue plus grande que le feuillet viscéral, ce qui permet à ces deux feuillets de glisser l'un sur l'autre.

## Vaisseaux et nerfs des enveloppes testiculaires.

α) *Enveloppes propres à chaque testicule.*

Reçoivent leurs vaisseaux et nerfs des vaisseaux et du cordon :

— Artère funiculaire.
— Artère déférentielle.

— Nerfs venant du grand sympathique et des abdomino-génitaux.

β) *Enveloppes communes aux deux testicules : bourses.*

*Artères.*

— Artère honteuse externe superficielle.
— Artère honteuse externe profonde.
— Artère honteuse interne par l'intermédiaire de sa branche périnéale inférieure.

*Veines.*

Latéralement vont aux veines honteuses externes.

Au milieu, aboutissent à la veine honteuse interne.

*Lymphatiques.*

Aboutissent au groupe interne des ganglions inguinaux.

*Nerfs.*

*Supérieurs.*

Viennent des branches génito-crurales du plexus lombaire.

*Inférieurs.*

Viennent des nerfs honteux internes, branches du plexus sacré.

**Physiologie.**

*Peau.*

Elasticité extrême.

*Dartos.*

Contractilité qui amène le plissement du scrotum. Elève le testicule en resserrant les bourses et en ridant le scrotum.

Se contracte sous l'influence du froid, de la douleur, etc...

*Crémaster.*

Contraction sous l'influence du froid également, mais surtout par toutes les causes qui amènent la contraction des muscles des parois abdominales. Toux, vomissements, efforts, etc...

Ramène le testicule vers l'anneau inguinal.

*Tunique fibreuse.*

Soutient les éléments du cordon.

*Vaginale.*

Permet les mouvements du testicule.

---

# VEINES AZYGOS

## Définition.

Les veines azygos sont un système composé : à droite, de la veine grande azygos et de la veine intercostale supérieure droite ; à gauche des deux petites veines azygos, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Ce système, vestige des veines cardinales postérieures de l'embryon, est situé le long de la colonne vertébrale et ramène à la veine cave supérieure la majorité du sang des parois thoraciques.

## Description.

*A.* Veine grande azygos.

*Situation.*

Dans la région prévertébrale de la cavité thoracique. Correspond à l'aorte thoracique.

*Longueur.*

20 à 25 centimètres.

*Origine.*

En avant des piliers du diaphragme, au niveau de la première vertèbre lombaire ou de la douzième vertèbre dorsale.

Formée par la veine lombaire ascendante du côté droit qui est elle-même le tronc collecteur longitudinal des veines rachidiennes de ce côté.

*Trajet.*

Passe à travers le pilier droit du diaphragme dans un orifice commun avec le tronc du grand

sympathique, et qui sépare ce pilier en deux faisceaux secondaires.

Puis monte dans le médiastin postérieur, appliquée à la partie latérale droite des corps vertébraux.

A la hauteur de la quatrième ou de la troisième vertèbre dorsale, elle se recourbe en crochet : crosse de la grande veine azygos. Passe au-dessus du pédicule du poumon droit. La crosse est concave en dedans et convexe en dehors.

*Terminaison.*

Abouchement dans la veine cave supérieure qu'elle atteint au niveau de sa face postérieure.

*Rapports.*

A travers le pilier droit du diaphragme.

— Nerf grand sympathique.

— Nerfs grand splanchnique et petit splanchnique.

Dans la cavité thoracique :

*A gauche.*

— Colonne vertébrale.

— Aorte.

— Canal thoracique.

*En arrière.*

— Artères intercostales droites venant de l'aorte.

*En avant, puis en bas.*

Pédicule pulmonaire droit.

— Bronche droite.

— Artère pulmonaire droite.

— Veines pulmonaires droites.

*Branches collatérales.*

*En avant.*

Veine bronchique droite.

Veines œsophagiennes, médiastines, péricardiques postérieures.

*A droite.*

— *Veine intercostale supérieure droite.*

— Qui est le tronc commun des trois ou quatre veines intercostales supérieures droites.

— Suit un trajet descendant.

— Peut s'ouvrir par son extrémité supérieure dans le tronc veineux brachio-céphalique droit et être une voie d'anastomose.

— Huit dernières veines intercostales droites, ayant chacune pour origine une branche dorsale recueillant le sang des muscles des gouttières vertébrales, des plexus intra et extra-rachidiens ; — et une branche costale horizontale, occupant l'espace intercostal et sus-jacente à l'artère et au nerf, et communiquant en avant avec la veine mammaire interne, et latéralement avec les veines de la région axillaire.

Ces veines intercostales sont pourvues de valvules favorisant le cours du sang, dans le tiers antérieur de la veine, vers la veine mammaire interne ; dans le tiers postérieur, vers la veine azygos ; dans le tiers moyen, indifféremment vers l'une ou vers l'autre.

*Structure.*

Double couche musculaire. Paroi mince. Une valvule au milieu de la crosse et dont la concavité regarde la veine cave.

*Anastomose.*

Au niveau de ses origines : avec la veine cave inférieure par de petites veinules ou par un tronc plus volumineux dit : racine interne.

Plus haut et d'une façon inconstante : avec les veines capsulaires et diaphragmatiques, quelquefois avec la veine rénale droite (Lejars).

*B.* Veine petite azygos inférieure.

*Situation.*

Sur le flanc gauche de la colonne vertébrale.

*Origine.*

Au niveau de la première vertèbre lombaire, formée par une anastomose avec la veine lombaire ascendante gauche, et une autre anastomose avec la veine rénale gauche (tronc réno-azygo-lombaire de Lejars).

*Trajet.*

— Ascendant.

— A travers le pilier gauche du diaphragme.

— Puis au niveau de la neuviéme ou dixième vertèbre dorsale, s'incline à droite vers la grande veine azygos et s'y jette.

*Rapports.*

Dans le pilier du diaphragme et commun pour la veine grande azygos.

— Cordon du grand sympathique.

— Grand et petit nerfs splanchniques.

Dans la région thoracique.

*En arrière.*

Artères intercostales gauches.

*A droite.*

Colonne vertébrale.

Aorte.

Dans sa portion terminale inclinée à droite.

*En avant.*

Aorte.

*En arrière.*

Colonne vertébrale, neuvième ou dixième vertèbre dorsale.

*Branches collatérales.*

— Dernières veines intercostales gauches, au nombre de 3 à 5.

— Veines œsophagiennes, médiastines, diaphragmatiques.

*Anastomose.*

*Au niveau de son origine* :

Avec les veines spermatiques ou utéro-ovariennes gauches ; capsulaires gauches.

*Au niveau de son extrémité supérieure.*

Avec la veine petite azygos supérieure.

*Structure.*

Pas de valvule.

*C.* Veine petite azygos supérieure.

Tronc collecteur des trois à sept premières intercostales gauches.

*Situation.*

Sur le flanc gauche de la colonne dorsale.

*Origine.*

— Au niveau de la première vertèbre dorsale.

— Formée par la première veine intercostale gauche.

*Trajet.*

— Vertical sur la face gauche de la colonne vertébrale.

— Au niveau de la septième vertèbre dorsale, s'incline à droite et se jette dans la grande veine azygos.

*Rapports*

*A droite.*

Aorte.

*En arrière.*

Artères intercostales gauches.

*Plus bas.*

L'aorte est en avant.

*Branches collatérales.*

— Trois à sept premières veines intercostales gauches.

— Veine bronchique gauche.

— Veines œsophagiennes, médiastines et péricardiques.

**Physiologie.**

Voies d'anastomose entre le système de la veine cave inférieure et le système de la veine cave supérieure, pouvant servir de voie de suppléance en cas d'oblitération de l'une ou l'autre des veines caves.

---

# MÉTRORRHAGIES

On nomme ainsi les hémorrhagies de l'utérus et par extension de tout l'appareil génital, hémorrhagies non fonctionnelles, c'est-à-dire survenant en dehors de la menstruation ou de l'accouchement normal.

## Symptomatologie.

Inutile d'insister.

*Prodromes.*

Parfois ; malaise général, douleurs abdominales, céphalée, bourdonnements.

*Hémorrhagie.*

Toutes variétés, depuis l'hémorrhagie foudroyante presque du placenta prævia, jusqu'au simple saignottement du col au début d'un épithélioma. Tous les intermédiaires entre.

Le sang est pur, rutilant, fréquemment en caillots et on y trouve mélangés des débris de tumeurs, des débris embryonnaires ou de placenta ; du pus, etc.

*Phénomènes généraux.*

Ceux de toute hémorrhagie abondante. Nuls en général ou sous la dépendance de l'affection causale. Si hémorrhagies profuses ou répétées, signes d'anémie : décoloration des téguments et des muqueuses ; faiblesse ; vertiges ; syncope.

**Diagnostic.**

1. Diagnostic différentiel avec :

a) *Hémorrhagies se faisant par l'urèthre* et provenant soit d'une lésion uréthrale (uréthrite aiguë, polypes), soit d'une lésion vésicale ou rénale (hématurie).

b) *Hémorrhagies se faisant par l'anus*, le plus souvent d'origine hémorrhoïdaire, parfois par hémorrhagie intestinale (typhoïde).

c) *Hémorrhagie provenant de la vulve ou du vagin*, à la suite d'un traumatisme (coït) ou de rupture de varices vulvaires, etc.

Dans tous ces cas l'examen attentif des organes génitaux, l'examen au spéculum qui montrera que l'hémorrhagie se fait par l'orifice du col, permettront facilement de poser le diagnostic de métrorrhagie.

2. Diagnostic de la cause.

Celui-ci est plus délicat; et nous devons passer méthodiquement en revue, énumérer tout au moins les différentes affections dans lesquelles on peut rencontrer des métrorrhagies.

Nous éliminons les hémorrhagies physiologiques exagérées (menstruation, accouchement) qui sont le plus souvent sous la dépendance d'un état spécial (ménopause, métrite, hémophilie, etc.).

A. *La malade est enceinte.*

L'hémorrhagie dans ce cas est presque toujours sous la dépendance d'un *avortement* (caillots expulsés avec douleur, embryon), ou d'une *insertion vicieuse du placenta* (hémorrhagie des derniers mois de la grossesse, profuses). Parfois *grossesse extra-utérine.*

B. *La malade vient d'accoucher.*

Soit par défaut de rétraction de l'utérus (H. de la délivrance), soit par rétention, puis decollement de débris placentaires.

C. *En dehors de la puerpéralité.*

Chez la jeune femme, en dehors de l'avortement (qu'il faut toujours chercher malgré les dénégations fréquentes des malades), les métrorrhagies abondantes sont presque toujours causées par de la *métrite hémorrhagique* ou un *fibrome uterin.*

L'absence des petits signes de la grossesse ; de ramollissement du col avec augmentation nette de volume de l'utérus, de débris embryonnaires dans les caillots expulsés ; la prolongation et la répétition de l'hémorrhagie feront éliminer l'avortement.

Si on a affaire à un fibrome, on trouvera l'utérus augmenté de volume ; parfois on pourra sentir le corps fibreux, l'hystéromètre (manié avec circonspection) montrera que la cavité utérine est notablement agrandie.

Enfin, dans le cas de métrite hémorrhagique, en plus de la marche, de l'écoulement séro-purulent, on aura une hémorrhagie continue, rarement très abondante, mais se reproduisant et augmentant dès qu'on touche le col ou qu'on introduit l'hystéromètre.

— Chez la femme à partir de 30 à 35 ans, rarement avant, le plus souvent plus tard (50 ans) aux diagnostics précédents s'en ajoute un autre très important : *le cancer de l'utérus* avec sa marche rapidement envahissante, l'hémorrhagie dès qu'on touche les masses épithéliomateuses développées sur le col ou dans son intérieur ; l'odeur fétide spéciale laissée au doigt, l'écoulement sanieux, lavure de chair.

— En dehors de ces causes fréquentes, signalons :

— *Ulcérations simples du col.*
— *Polypes.*
— *Salpingites.*
— *Hémato-salpinx.*
— *Kystes de l'ovaire.*

D. *Métrorrhagies de cause générale.*

Peu importantes. Signalons :

— *Troubles circulatoires* (rétrécissement mitral).

— *Affections hépatiques, rénales.*

— *Maladies infectieuses ou dyscrasiques à tendances hémorrhagiques* (variole, typhoïde, scarlatine, purpura, etc.).

**Traitement.**

Varie selon la cause. En indiquer les lignes générales, en dehors du traitement causal.

— Dans les hémorrhagies *puerpérales* selon le cas on pratiquera : le tamponnement, l'accouchement provoqué et rapide ; le curettage.

— Dans les hémorrhagies *chirurgicales*, injections très chaudes, repos au lit, tamponnement, curettage, ablation de l'utérus (cancer, fibrome).

---

# FISSURE A L'ANUS

Affection caractérisée par la présence d'une ulcération fissuraire à l'anus et d'une contracture du sphincter, le tout accompagné d'un état douloureux spécial.

La pathogénie en a été spécialement étudiée par Boyer, Velpeau, Gosselin. L'ulcération provoque l'irritation des extrémités nerveuses d'où douleur et contracture réflexe du sphincter externe et du releveur de l'anus.

## Etiologie.

Fréquence entre 25 à 40 ans, surtout chez la femme.

*Causes déterminantes de l'ulcération.*

a) *Les unes d'origine externe*

Traumatismes, herpès, chancre.

b) *Les autres d'origine interne.*

Ce sont les plus fréquentes.
Constipation, hémorrhoïdes, prolapsus.

## Symptômes.

Signes fonctionnels.

Sont au premier plan. Ce sont eux qui amèneront à pratiquer l'examen de la région anale.

*Douleur.*

Variable; aussi deux formes (Gosselin); l'une, forme tolérante, dans laquelle il existe de la pesanteur, une cuisson légère au niveau de l'anus, et de la douleur vive seulement après la défécation, ou lorsqu'on touche la fissure.

L'autre, forme intolérante, avec douleur persistante et d'horribles exacerbations (sensation de fer rouge, de broiement).

Cette douleur est donc :

— Subcontinue et spontanée ;

— Exacerbée par la défécation et le toucher.

— Localisée à l'anus.

— Irradiée aux lombes, à la vessie, à l'urèthre, etc.

*Hémorrhagies.*

Minimes et inconstantes ; quelques gouttes de sang rouge sur le bol fécal.

Signes généraux.

D'ordre moral, et des troubles digestifs par constipation prolongée (dyspepsie, anorexie, anémie), le malade redoutant d'aller à la garde-robe.

Signes locaux.

On fait mettre le malade dans la position habituelle de l'examen de la région anale (à genoux ; on couche sur le côté une cuisse fléchie). En déplissant la région anale et en faisant pousser le malade on constate :

*La fissure.*

Ulcération siégeant presque toujours en arrière, du côté du coccyx, cutanée et muqueuse, rarement assez profonde pour intéresser le sphincter externe. Parfois à sa partie supérieure, une petite végétation : clavate d'Allingham.

Lorsqu'elle sera difficile à voir, la palpation méthodique décèlera en un point de la douleur ; ce sera le siège de la fissure.

*De la contracture.*

Intermittente dans la forme tolérante, réveillée par la malpropreté, le toucher, la défécation.

MARCHE.

Rarement guérison spontanée par cicatrisation de l'ulcération et cessation des spasmes. Le plus souvent l'intolérance oblige à intervenir.

**Diagnostic.**

Facile le plus souvent; rendu cependant difficile parfois dans la forme intolérante par la contracture permanente.

Il ne se pose pas en quelque sorte avec les fissures simples ou vénériennes (ni douleurs, ni contractures).

On devra seulement ne pas la confondre à cause de l'élément douloureux avec :

— *La névralgie anale.*
— *La fistule borgne interne.*

**Traitement.**

a) *Médical.*

Laxatifs, lotions chaudes, suppositoires calmants et astringents.

Réussit assez mal.

b) *Chirurgical.*

— Incision; peu employée.
— Excision; —
— Dilatation forcée de l'anus.

C'est le procédé de choix; on la pratique soit avec les deux pouces, soit avec des valves, et on écarte jusqu'aux ischions les parois rectales.

---

# VARICOCÈLE

Tumeurs constituées par les varices du cordon spermatique.

## Anatomie pathologique.

Le varicocèle a pour caractéristique anatomique la dilatation des veines qui accompagnent le cordon spermatique. Elles deviennent flexueuses, leur diamètre augmente notablement, leur tunique moyenne s'hypertrophie. Elles forment en général un lacis inextricable, et communiquent les unes avec les autres par des anastomoses nombreuses. Elles s'incrustent parfois de sels calcaires (phlébolithes).

Ces dilatations variqueuses commencent au niveau du testicule, remontent le long du cordon et s'engagent dans le canal inguinal. Leur ensemble forme un paquet pyramidal dont la base recouvre le testicule, le refoulant surtout en avant et dont le sommet répond au canal inguinal.

Le tissu cellulaire de voisinage s'indure, le testicule s'atrophie.

Parfois, chez les vieillards en particulier, le varicocèle se localisera à la queue de l'épididyme.

## Etiologie.

Affection assez fréquente, se rencontrant principalement entre 15 et 30 ans.

Bilatérale ou unilatérale avec maximum à gauche.

*Causes déterminantes.*

Discutées, inconnues en somme.

*Causes prédisposantes.*

a) *Individuelles.*

Hérédité; faiblesse de constitution (par faiblesse du crémaster).

b) *Professionnelles.*

Station debout prolongée, efforts, liens (jeunes recrues).

c) *Anatomiques.*

Longueur des veines spermatiques. Et pour expliquer la fréquence à gauche : la terminaison des veines spermatiques perpendiculairement dans la veine rénale et non obliquement dans la veine cave comme à droite ; la compression par les matières accumulées dans l'S iliaque ; la déclivité plus grande du testicule gauche.

*Varicocèles symptomatiques.*

Des tumeurs du rein en particulier, ou de celles de la fosse iliaque.

**Symptômes.**

Début.

Insidieux et lent ; plutôt de la gêne, une sensation de pesanteur que de la douleur.

Etat.

*Signes fonctionnels.*

Gêne, pesanteur, tiraillement, douleur survenant par crises et s'apaisant par le repos, par le coït également (mais alors nouvelles exacerbations).

Toutes variétés cliniques, depuis la forme totalement indolente jusqu'à la forme douloureuse qui oblige le malade à une intervention.

Troubles hypochondriaques.

*Signes physiques.*

a) *Inspection.*

— Volume des bourses augmenté ; la peau est plus pigmentée que normalement et présente parfois de l'eczéma.

— Manque de symétrie dans les deux portions du scrotum ; le côté atteint descend plus bas que l'autre. La peau est plus mince, elle a une teinte violacée et elle est parfois soulevée par des saillies mamelonnées.

— L'augmentation de volume peut être considérable.

b) *Palpation.*

Tuméfaction irrégulière, mal limitée, irrégulièrement bosselée qui donne à la pression la sensation d'un paquet de ficelles ou d'intestins de poulet.

— Réductibilité incomplète de la tumeur, qui se reproduit ensuite de bas en haut.

— Le testicule est ordinairement en bas et en avant de la masse des veines ; le canal déférent est plus difficile à distinguer par suite de l'épaississement des parois veineuses. Il se trouve en général vers la partie postérieure du varicocèle.

— Signaler enfin : l'impulsion par la toux, la diminution de volume sous l'influence du froid, l'augmentation au contraire par la toux, la chaleur, la station debout.

Evolution.

Augmente progressivement de manière à acquérir le volume d'un œuf, d'une orange, et même plus. Il tend plutôt à diminuer avec l'âge.

Complications.

— Crises de névralgie.
— Phlébite.
— Atrophie du testicule.
— Hypochondrie fréquente.

**Pronostic.**

Infirmité bénigne ; l'hypochondrie et l'atrophie testiculaire étant seules à considérer.

**Diagnostic.**

a) *Positif.*

Par la constatation (surtout si à gauche et chez jeune homme) dans le scrotum d'une tuméfaction vague, bosselée, dépressible, donnant la sensation de cordons mous se déplaçant les uns sur les autres, se prolongeant du côté du canal inguinal, et enfin, coiffant le bord supérieur du testicule (Monod et Terrillon).

b) *Différentiel.*

— *Hernie inguinale.*

Surtout si basse et si épiploon.

Réduire la tumeur et maintenant légèrement d'un doigt sur le canal inguinal, voir si elle ne se reproduit pas de bas en haut (varicocèle).

— *Hydrocèle enkystée du cordon.*

— *Hydrocèle congénitale.*

Transparente, uniforme, sans bosselures.

**Traitement.**

a) *Palliatif.*

Soutenir le scrotum et remonter le testicule (suspensoir élastique).

Compression légère au niveau du canal inguinal à l'aide d'un bandage.

b) *Curatif.*

On a le droit de pratiquer une opération radicale lorsque le varicocèle atteint un volume gênant, ou lorsqu'il détermine de la névralgie testiculaire permanente.

1. Excision.
2. Ligature (sous-cutanée ou après ouverture de la peau).
3. Ablation d'une partie du scrotum.

---

*Fascicule IX.* — ANATOMIE : I. Artère poplitée. — II. Muscles péroniers latéraux. PATHOLOGIE : I. Entorse. — II. Brûlures. — III. Ponction exploratrice.

*Fascicule X.* — ANATOMIE : I. Articulation tibio-tarsienne. — II. Artères de la jambe. — III. Muscle triceps sural. PATHOLOGIE : I. Fractures du péroné. II. Hémorrhagies artérielles.

*Fascicule XI.* — ANATOMIE : I. Muscles de la région antérieure de la jambe. — II. Calcanéum et astragale. PATHOLOGIE : I. Sciatique. — II. Symptômes, diagnostic et complications du rhumatisme articulaire aigu, franc. — III. Examen des crachats.

*Fascicule XII.* — ANATOMIE : I. Artères du pied. — II. Vertèbres dorsales. — III. Veine cave inférieure. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures en général. — II. Symptômes et diagnostic de la variole.

*Fascicule XIII.* — ANATOMIE : I. Os occipital. — II. Veines jugulaires. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — II. Signes, diagnostic et complications des oreillons. — III. Saignée.

*Fascicule XIV.* — ANATOMIE : I. Os frontal. — II. Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — III. Carotide externe. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — II. Stomatite mercurielle.

*Fascicule XV.* — ANATOMIE : I. Trous de la base du crâne. — II. Articulation temporo-maxillaire. PATHOLOGIE : I. Symptômes des fractures du crâne. — II. Signes et diagnostic du cancer de la langue. — III. Fractures du maxillaire inférieur.

*Fascicule XVI.* — ANATOMIE : I. Fosses nasales. — II. Muscles masticateurs. — III. Glande parotide. PATHOLOGIE : I. Symptômes et diagnostic de l'angine diphthérique. — II. Trachéotomie.

*Fascicule XVII.* — ANATOMIE : I. Cavité orbitaire. — II. Carotide interne. PATHOLOGIE : I. Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — II. Signes de l'hémorrhagie cérébrale. — III. Vaccine et vaccination.

*Fascicule XVIII.* — ANATOMIE : I. Région sus-claviculaire. — II. Articulations de la clavicule. — III. Muscles scapulo-huméraux. PATHOLOGIE : I. Fractures de la clavicule. — II. Phlegmon diffus.

*Fascicule XIX.* — ANATOMIE : I. Omoplate. — II. Creux axillaire. PATHOLOGIE : I. Complications des fractures. II. Signes des luxations de l'épaule. III. Signes, diagnostic et complications de la coqueluche.

*Fascicule XX.* — ANATOMIE : I. Humérus. — II. Articulation de l'épaule. — III. Muscles de la région antérieure du bras. PATHOLOGIE : I. Anthrax. — II. Lavage du sang.

*Fascicule XXI.* — ANATOMIE : I. Artère humérale. — II. Muscle triceps brachial. PATHOLOGIE : I. Signes des fractures de l'humérus. — II. Hydarthrose. — III. Cathétérisme de l'œsophage et lavage de l'estomac.

*Fascicule XXII.* — ANATOMIE : I. Veines superficielles du membre supérieur. II. Nerf médian. — III. Muscles extenseurs des doigts. PATHOLOGIE : I. Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — II. Paralysie radiale.

*Fascicule XXIII.* — ANATOMIE : I. Artères de l'avant-bras. — II. Nerf cubital. PATHOLOGIE : I. Panaris. — II. Signes du diabète. — III. Ventouses.

*Fascicule XXIV.* — ANATOMIE : I. Articulation radio-carpienne. — II. Muscles fléchisseurs des doigts. — III. Pli du coude. PATHOLOGIE : I. Plaies de la main. — II. Signes et diagnostic de l'uréthrite blennorrhagique chez l'homme.

*Fascicule XXV.* — ANATOMIE : I. Muscles de l'éminence thénar. — II. Artères de la main. PATHOLOGIE : I. Fractures compliquées. — II. Mal perforant. — III. Signes du tabes.

*Fascicule XXVI.* — ANATOMIE : I. Muscles Lombricaux et interosseux. — II. Nerf radial. — III. Circulation artérielle du coude. PATHOLOGIE : I. Lymphangite. — II. Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.

*Fascicule XXVII.* — ANATOMIE : I. Face inférieure du cerveau. — II. Muscles moteurs du globe oculaire. PATHOLOGIE : I. Paralysie faciale. — II. Signes et diagnostic de la cirrhose atrophique alcoolique. — III. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde.

*Fascicule XXVIII.* — ANATOMIE : I. Consignation extérieure du cœur. — II. Muscle trapèze. — III. Artère iliaque interne. PATHOLOGIE : I. Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Signes de la grippe.

*Fascicule XXIX.* — Anatomie : **I. Rapports du cœur. — II. Trachée.** Pathologie : **I. Étiologie, symptômes et diagnostic de l'insuffisance mitrale. — II. Signes de la tuberculose à la première période. — III. Lavements.**

*Fascicule XXX.* — Anatomie : **I. Consignation interne du cœur. — II. Crosse de l'aorte. — III. Muscles scalènes.** Pathologie : **I. Asystolie. — II. Thoracenthèse.**

*Fascicule XXXI.* — Anatomie : **I. Consignation extérieure et rapports des poumons. — II. Œsophage.** Pathologie : **I. Hémoptysie. — II. Signes de la tuberculose à la troisième période. — III. Bronchite aiguë.**

*Fascicule XXXII.* — Anatomie : **I. Cartilages et muscles du larynx. — II. Rapports de l'estomac. — III. Duodenum.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic du croup. — II. Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac.**

*Fascicule XXXIII.* — Anatomie : **I. Configuration extérieure et rapports du cæcum. — II. Tronc cœliaque.** Pathologie : **I. Hématémèses. — II. Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire, aiguë, franche. — III. Fistules à l'anus.**

*Fascicule XXXIV.* — Anatomie : **I. Rapports du rectum. — II. Configuration extérieure et rapports du foie. — III. Plèvres.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse. — II. Ligature et section du cordon ombilical.**

*Fascicule XXXV.* — Anatomie : **I. Rapports de l'utérus. — II. Rapports des reins.** Pathologie : **I. Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. — II. Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. — III. Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente.**

*Fascicule XXXVI.* — Anatomie : **I. Urétère. — II. Rapports de la vessie. — III. Bassin osseux.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic de la colique néphrétique. — II. Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.**

*Fascicule XXXVII.* — Anatomie : **I. Rapports de la rate. — II. Configuration extérieure et rapports du pancréas.** Pathologie : **I. Signes et diagnostic de la grossesse. — II. Hématuries. — III. Cautérisation par la chaleur.**

*Fascicule XXXVIII.* — Anatomie : **I. Veine porte. — II. Corps thyroïde. — III. Os maxillaire supérieur.** Pathologie : **I. Hémorrhoïdes. — II. Signes et diagnostic de l'appendicite.**

*Fascicule XXXIX.* — Anatomie : **I. Muscles de la région sous-hyoïdienne. — II. Articulation sacro iliaque.** Anatomie : **I. Hydrocèle. — II. Signes et diagnostic du pneumothorax. — III. — Tubage du larynx.**

*Fascicule XL.* — Anatomie : **I. Enveloppes de testicules. — II. Cordon spermatique. — III. Veines azygos.** Pathologie : **I. Métrorrhagies. — II. Fissure à l'anus. — III. Varicocèle.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE, BUSSIÈRE FRÈRES.